47

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 20 *juin* 1861,

Par Édouard BÉRAUD,

né à Carpentras (Vaucluse),

DOCTEUR EN MÉDECINE,

Interne des Hôpitaux de Paris,

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier.

DES HYDATIDES DES REINS.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

rue Monsieur-le-Prince, 31.

1861

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. le Baron P. DUBOIS, DOYEN.	MM.
Anatomie	JARJAVAY.
Physiologie	LONGET.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	MOQUIN-TANDON.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Pharmacologie	REGNAULD.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	N. GUILLOT. MONNERET.
Pathologie chirurgicale	DENONVILLIERS. GOSSELIN.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER, Examinateur.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	GRISOLLE.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale	VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON, Président. JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Professeur honoraire, M. CLOQUET. — *Secrétaire*, M. BOURBON.

Agrégés en exercice.

MM. AXENFELD.	MM. GUBLER.
BAILLON.	GUILLEMIN.
BARTH.	HÉRARD.
BLOT.	LASÈGUE.
BOUCHUT.	LECONTE.
BROCA.	PAJOT.
CHAUFFARD.	REVEIL.
DELPECH.	RICHARD.
DUCHAUSSOY.	SAPPEY, Examinateur.
EMPIS.	TARDIEU, Examinateur.
FANO.	TRÉLAT.
FOLLIN.	VERNEUIL.
FOUCHER.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS.

A M. RAYNAUD,

Professeur de Mathématiques au Collége d'Annonay.

A M. NÉLATON,

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris,
Officier de la Légion d'Honneur, etc.

A TOUS MES MAITRES.

DES

HYDATIDES DES REINS.

CHAPITRE Ier.

Du tænia échinocoque, des hydatides.

Nous croyons qu'il ne sera pas inutile, pour l'intelligence de notre sujet, de faire ici l'histoire naturelle du tænia échinocoque, que nous nous proposons d'étudier dans le rein de l'homme, à la deuxième phase de son développement. Cet entozoaire appartient à la famille des tæniadés de l'ordre des cestoïdes. « Les cestoïdes, disent MM. Van Beneden et Gervais, forment un groupe singulier de vers caractérisés par leur corps multi-articulé, qui est précédé d'une tête ou partie en suçoir, le plus souvent armée de crochets et de ventouses. Les tæniadés sont des cestoïdes facilement reconnaissables aux quatre ventouses qui garnissent leur tête » (1). L'histoire naturelle de ces vers a fait, dans ces derniers temps, d'immenses progrès : leur structure, leurs espèces, ont été étudiées avec beaucoup de soin ; des recherches récentes ont jeté le plus grand jour sur leur développement. Il y a peu d'années encore, on se deman-

(1) Gervais et Van Beneden, *Zoologie médicale ;* Paris, 1859.

dait d'où ils pouvaient provenir, et beaucoup de naturalistes, ne trouvant aucun intermédiaire entre le tænia et les œufs contenus dans ses anneaux, ne trouvant aux hydatides, aux cœnures, aux cysticerques, aucun organe génital, avaient pensé qu'ils naissaient spontanément dans les organismes au sein desquels ils vivent. Bremser, Lamarck, Dugès, Dujardin, Rudolphi, Burdach, Blainville, Oken, plus récemment encore Bérard et beaucoup d'autres, ont soutenu cette invraisemblable hypothèse. Depuis longtemps déjà des hommes illustres aussi dans la science, Redi, Andry, Pallas, etc., se sont élevés contre elle, et c'est au milieu du XVIIe siècle que l'immortel Harvey écrivait le fameux aphorisme : *Omne vivens ex ovo.* Aujourd'hui tout le monde proclame la vérité de cette affirmation : oui, tout être vivant a reçu la vie d'un être semblable à lui. La génération spontanée n'a plus de partisans ; c'est une théorie surannée qui a passé comme tant d'autres erreurs, et tous les efforts de M. Pouchet ne parviendront pas à la ressusciter. La découverte des états divers et des pérégrinations des cestoïdes est venue montrer une fois de plus combien elle était vaine.

Déjà en 1780 Abildgaard avait fait des expériences qui prouvaient que les schistocéphales des épinoches continuent leur développement dans les canards, et en 1829, Créplin avait vu tous les dégrés intermédiaires entre les schistocéphales des poissons et ceux des oiseaux. Ces travaux passèrent presque inaperçus ; ils furent, il est vrai, l'occasion de quelques expériences, mais si mal faites, si malheureuses, qu'elles semblèrent nier leurs résultats. Il y a vingt ans à peine, on était encore tellement éloigné de soupçonner les singulières métamorphoses des tænias, que M. de Siebold, ayant reconnu l'entière ressemblance de la tête du cysticerque de la souris avec celle du tænia du chat, pensa bien que les deux entozoaires appartenaient à la même espèce, mais ne put expliquer leur aspect différent qu'en supposant, comme l'avaient déjà fait Tyson et Pallas, que le cysticerque était un tænia égaré dans le foie de la souris et

devenu hydropique dans ce terrain impropre à son développement.

Enfin sont venues les curieuses recherches de MM. Van Beneden (1) et Küchenmeister (2) et les dernières expériences de M. de Siebold (3). M. Van Beneden a ouvert la voie et dissipé tous les mystères qui couvraient la génération de ces entozoaires, en démontrant que les tétrarhynques sont les mêmes vers qui vivent, à un âge plus avancé, et sous une autre forme, dans les poissons osseux, et qui arrivent à l'âge adulte seulement dans les poissons carnassiers qui mangent les poissons osseux. Dès lors on ne pouvait plus invoquer la génération spontanée. Bientôt après M. Küchenmeister, M. Leuckhart, M. Humbert, ont reconnu que le *cysticercus cellulosæ*, si commum chez le cochon, devient le *tænia solium*, le ver solitaire dans l'intestin de l'homme. Ils ont fait avaler à plusieurs individus, et M. Humbert a avalé lui-même, des têtes de cysticerques et, au bout de quelques mois, ils ont trouvé des anneaux de tænia dans les selles. Dans d'autres expériences, MM. Küchenmeister et Haubner, M. Van Beneden, ayant donné des œufs de tænia à des cochons, des cysticerques se sont développés dans les chairs de ces animaux. On est arrivé, par des expériences analogues, à découvrir que le *cysticercus pisiformis* du lièvre et du lapin, introduit dans l'intestin du chien, se transforme en *tænia serrata;* que les cœnures, dont la présence dans le cerveau du mouton cause le tournis, proviennent des œufs du tænia *cœnurus* qui habite l'intestin des chiens et des loups : que le tænia *crassicolis* du chat est l'état adulte du *cysticercus fasciolaris* du rat et de la sôuris; que le *cysticercus longicollis* du campagnol est le même ver que le tænia *craniceps* du renard.

---

(1) *Recherches sur les vers cestoïdes,* in-4°; Bruxelles, 1850.

(2) *Bericht über die Leistimgen.*

(3) *Transformation des vers vésiculaires ou cysticerques en tænias* (Institut, 1er septembre 1852, n° 280).

Siebold, *Zeitschrift für weis Zoologie*, 1853, p. 409.

Enfin M. de Siebold a fait prendre à des chiens des échinocoques, et quelque temps après les intestins de ces chiens renfermaient des tænias échinocoques.

Voilà comment on est parvenu à savoir que les cysticerques, les cœnures, les hydatides, ne sont que la première phase du développement de tænias divers. Il n'est donc pas étonnant qu'ils ne présentent pas d'organes génitaux, et l'intermédiaire est trouvé entre les tænias et leurs œufs.

Voyons à présent quels sont les caractères du tænia échinocoque à ses différents âges.

A l'état adulte on l'a trouvé seulement dans l'intestin du chien; M. Küchenmeister a cru que le tænia découvert chez l'homme par M. Bilharz n'était autre que le tænia échinocoque, mais c'était une erreur : jamais l'entozoaire à l'état parfait n'habite le même animal que son scolex (1). Le tænia échinocoque est extrêmement petit, sa longueur ne dépasse pas 2 ou 3 millimètres. Il ne présente que trois anneaux, dont le dernier se détache à mesure qu'il s'en produit un nouveau. Sa tête est semblable à celle de l'échinocoque, que nous décrirons plus loin. Chacun des anneaux peut être considéré comme un individu, comme le dernier état du tænia : M. Van Beneden leur donne le nom de *proglottis*. Ils sont tous pourvus d'un pénis placé sur le côté, et d'une matrice sinueuse qui les remplit presque entièrement et qui renferme des œufs très-nombreux.

Ces œufs sont rejetés au dehors ou bien libres et mêlés aux excréments, ou bien contenus encore dans le proglottis. Ils sont sphériques et pourvus d'une enveloppe cornée qui leur permet de résister aux causes de destruction auxquelles ils sont exposés. Quand ils sont introduits dans les voies intestinales de l'homme ou des animaux que l'entozoaire habite à son premier âge, l'embryon

---

(1) M. Van Beneden appelle *scolex* le cestoïde à la deuxième phase de son existence.

perce sa coque. Déjà formé dans la matrice, il semblait attendre ce moment favorable pour sortir de sa prison.

Cet embryon est semblable à celui de tous les cestoïdes, court, sans articulations, et pourvu de trois paires de crochets avec lesquels il se fait jour à travers les tissus et va chercher un organe où il puisse s'établir. On a pensé que les œufs pénétraient dans le système circulatoire et que l'éclosion avait lieu dans le sang. Nous ne comprenons pas comment ils pourraient arriver dans les vaisseaux et passer par des capillaires dont le diamètre est moindre que le leur. Il est vrai que cette hypothèse s'appuie justement sur la fréquence des hydatides dans le foie où les œufs s'arrêteraient, mais elle a invoqué aussi des cas où on a trouvé des vésicules hydatiques dans les cavités droites du cœur et dans l'artère pulmonaire. Il est infiniment plus probable que l'embryon, sorti de l'œuf dans l'estomac ou les parties supérieures de l'intestin, perfore leurs tuniques avec ses crochets et gagne les organes voisins. On peut admettre aussi qu'il s'introduit parfois dans un vaisseau, et se laisse entraîner par le sang vers le foie, le cœur, les reins, la rate, etc. etc.

« Aucun observateur, dit M. Davaine (1), n'a suivi d'une manière bien positive l'embryon dans sa transformation en scolex. On ignore donc s'il reproduit celui-ci en se métamorphosant, ou bien par gemmation, ou s'il n'y a pas plusieurs générations entre la vésicule hexacante et le scolex. D'après quelques observations encore fort incomplètes, on est porté à admettre que l'embryon, parvenu dans son habitat, perd ses crochets et se développe en vésicule qui produit le scolex. » Quoi qu'il en soit, à l'embryon succède une vésicule, la vésicule hydatique, qui s'enkyste et grossit peu à peu. Elle est remplie d'un liquide très-limpide ; des équinocoques paraissent à sa face interne, plus tard ils se détachent et nagent dans le liquide.

---

(1) *Recherches sur les hydatides, les échinocoques et le cœnure, et leur développement* (lues à la Société de biologie, 22 novembre 1855; *Bulletin de la Société de biologie*, 1855, et *Gazette médicale*, 1856, p. 45).

Les vésicules hydatiques sont sphériques ou légèrement oblongues; leur volume est très-variable : tantôt elles ne présentent que 1 ou 2 millimètres de diamètre et moins encore, tantôt elles sont grosses comme un œuf, comme une orange; on en a vu qui égalaient la tête d'un fœtus à terme. Dans le même kyste, on en trouve ordinairement de toutes les dimensions; chez l'homme, les plus petites sont souvent renfermées dans les grandes, et, lorsqu'elles sont libres, c'est presque toujours parce que l'hydatide mère qui les a contenues et engendrées a été détruite. On voit quelquefois trois générations de vésicules incluses l'une dans l'autre. Les hydatides sont généralement transparentes, d'une couleur blanc bleuâtre; souvent elles sont légèrement opaques, jaunâtres : leur transparence dépend un peu de l'épaisseur de leurs parois, qui varie. Elles sont rénitentes, assez dures, fortement distendues par le liquide hydatique qui s'échappe en jet lorsqu'on les ouvre. On voit souvent à leur surface des taches blanches plus ou moins larges, plus ou moins nombreuses; ce sont de vrais bourgeons, nous en parlerons plus bas. Quelquefois aussi leur transparence laisse voir des paquets déchinocoques attachés à leur face interne.

Les vésicules hydatiques sont formées de deux membranes : la première est externe, c'est la vésicule hydatique proprement dite; elle est élastique, sa consistance est comparable à celle du blanc d'œuf coagulé : elle tremblote comme la gélatine, lorsqu'on lui imprime une légère secousse. Elle ne présente ni granulations, ni fibres, ni cellules; elle est formée de lames stratifiées, de $^1/_{500}$ à $^1/_{1000}$ de millimètre d'épaisseur. Ces lames constituent son caractère essentiel qui permet toujours de reconnaître les hydatides les plus petites comme les plus grosses.

La membrane interne, membrane germinale de Goodsir, membrane fertile de M. Robin, est plus délicate, très-mince et molle, souvent détruite en partie ou en totalité. Pallas avait déjà remarqué qu'elle se séparait aisément de la membrane hydatique, et M. Cruveilhier a démontré que les flocons qui nagent dans le liquide

hydatique proviennent de sa destruction. Elle est constituée par des fibrilles et des granulations, mais elle se distingue de la membrane précédente surtout par ceci : elle produit des échinocoques, tandis que la membrane externe donne naissance à des vésicules. M. Davaine a parfaitement établi leur rôle distinct dans un remarquable mémoire lu devant la Société de biologie en 1855 (1). Il y fait voir que toutes les lames de la membrane externe ont la propriété de produire des bourgeons, que ces bourgeons sont des vésicules nouvelles qui se développent peu à peu, s'isolent de la vésicule mère et deviennent libres dès qu'elles ont acquis le volume d'un grain de chènevis. Selon la position des lames qui les engendrent, elles sont placées à la face externe ou à la face interne de l'hydatide, elles sont incluses ou indépendantes. Kühn (2) pensait que les vésicules hydatiques de l'homme se multipliaient par des bourgeons externes, et celles des animaux par des bourgeons internes ; il appelait les premières indogènes et les secondes exogènes. Il était trop exclusif : les deux modes de reproduction ont été observés chez l'homme et chez les animaux ; mais il n'est pas douteux que les hydatides de l'homme sont le plus souvent indogènes.

Les échinocoques sont une expansion de la membrane germinative. Pendant longtemps on a ignoré leur présence dans les hydatides ; c'est Guze qui les a vues le premier, mais seulement dans les vésicules du mouton. Laënnec, n'en ayant pas trouvé dans celles de l'homme, crut qu'elles n'en contenaient pas, et consacra cette erreur en leur donnant le nom d'*acéphalocystes ;* mais Bremser les découvrit en 1821, et plus tard M. Livois (3), dans une thèse remarquable, se proposa de démontrer que toutes les acéphalocystes en

---

(1) Mémoire cité.

(2) *Recherches sur les acéphalocystes ;* Strasbourg, 1832.

(3) *Recherches snr les échinocoques chez l'homme et chez les animaux* (Thèses de Paris, 1843).

renferment. C'était aller trop loin : M. Davaine (1) n'a jamais trouvé d'échinocoques dans les vésicules de la grosseur d'une tête d'épingle, celles qui égalent un grain de chènevis n'en présentent pas toujours; ils peuvent manquer aussi, lorsque la membrane germinale ne s'est pas développée.

Les échinocoques, d'après M. Robin (2), qui en a donné une très-bonne description, ont, chez l'homme, de $0^{mm},24$ à $0^{mm},25$ de long, lorsque la tête est sortie, et $0^{mm},17$ à $0^{mm}18$, lorsqu'elle est rentrée. Dans ce dernier cas, ils forment une petite masse arrondie à peine visible; dans le premier, ils sont allongés et présentent une tête, un tronc et un pédicule. La tête est terminée par une trompe non perforée, à la base de laquelle est implantée une double rangée de crochets terminés en pointe et munis d'une apophyse à la partie moyenne de leur concavité; ceux de la rangée externe sont les plus grands. Ils sont formés d'une matière cornée, qui résiste à la décomposition; souvent on les trouve intacts lorsque le corps a disparu. Au-dessous des crochets et dans la partie la plus large de la tête sont quatre ventouses circulaires, un peu saillantes, pourvues d'une boutonnière à bords rapprochés. Le tronc, dit M. Robin, se distingue à peine de la tête; lorsque l'échinocoque est vivant, ou peu après la mort, si la tête est rentrée, il présente des plis longitudinaux finement dentelés, produits par la contraction. Il est composé d'une enveloppe extérieure épaisse de $0^{mm},01$ environ, homogène, transparente, contractile, et d'une substance amorphe très-granuleuse, sans traces d'organes digestifs et reproducteurs, renfermant toujours dans l'animal complétement développé des corpuscules de carbonate calcaire arrondis ou ovoïdes. Le pédicule auquel l'échinocoque est attaché est plus ou moins allongé et aminci, souvent il s'est rompu, et l'animalcule nage dans le liquide hydatique tantôt

---

(1) Mémoire cité.

(2) *Dictionnaire de Nysten*, art. *Échinocoque*.

isolé, tantôt réuni à d'autres, par groupes de 15 à 20; on en voit quelquefois plusieurs attachés au même pédicule.

Les échinocoques peuvent vivre deux ou trois jours après la mort de l'animal qui les portait.

Le liquide hydatique est parfaitement limpide lorsque les vésicules ne sont pas altérées, il contient si peu d'albumine qu'il ne précipite ni par la chaleur ni par les acides; mais il est assez riche en chlorure de sodium.

On a trouvé des hydatides chez les animaux suivants : le singe, le mouton, la chèvre, le bœuf, l'antilope, le chamois, le chevreuil, la girafe, le cochon, le cheval, le chameau, le dromadaire, le kanguroo.

Chez l'homme, on a vu des hydatides dans le foie, la rate, les reins, les poumons, le cerveau, etc.; partout, excepté dans ce dernier organe, elles sont entourées d'un kyste adventice qui les isole.

On a beaucoup écrit sur les kystes hydatiques; mais presque toujours on les a considérés dans le foie. Peu d'auteurs se sont occupés des hydatides des reins, qui sont beaucoup plus rares. Chopart (1) leur a consacré quelques pages dans son traité des maladies des voies urinaires, et il a rapporté cinq observations. M. Rayer (2) a rassemblé à peu près toutes celles qui existaient dans la science à l'époque où il écrivait, et il a exposé avec son talent ordinaire l'histoire de ces kystes. Depuis, tous les auteurs qui ont eu à traiter cette question ont copié ou analysé le chapitre qu'il leur a consacré. M. Herbert Barker (3) a donné deux observations nouvelles dans un mémoire que nous citerons. On en trouve six dans le *Medical times*

---

(1) *Traité des maladies des voies urinaires*, nouvelle édition avec des notes, par F. Pascal, t. I, p. 142.

(2) *Traité des maladies des reins*, t. III, p. 545.

(3) *On cystic. entozoa in the human kidney;* London, 1856 (mémoire de 18 pages).

and gazette du 17 février 1855, et quelques autres éparses dans les journaux français et étrangers. Dans le remarquable ouvrage (1) que l'Académie des sciences vient de couronner, M. Davaine a pu réunir 40 observations de kystes hydatiques des reins. Nous avons été assez heureux pour pouvoir en ajouter à ce nombre 24, dont 7 n'ont jamais été publiées, et 11 empruntées aux recueils anglais, étaient inconnues en France (2).

CHAPITRE II.

Anatomie pathologique.

Ordinairement chez l'homme un seul rein présente des hydatides, bien rarement on en a trouvé des deux côtés : nous n'en connaissons qu'un exemple, et malheureusement nous avons très-peu de détails sur ce cas intéressant communiqué, en 1855, à la Société médicale de Londres par M. Richardson. Les kystes ne furent pas soupçonnés pendant la vie. Voici l'observation telle que le journal *The Lancet*, l'a rapportée dans le compte rendu de la séance :

OBSERVATION Ire.

M. Richardson montre le foie et les reins d'une femme de 55 ans, observée par M. Mackinder, de Gainsborough. Cette femme est morte après dix-huit mois de maladie, pendant lesquels elle a eu les membres inférieurs paralysés, et une incontinence d'urine; elle avait souffert auparavant dans la région des reins, et ses

---

(1) *Traité des entozoaires*, p. 524.

(2) La *Gazette hebdomadaire*, du 17 avril 1855, a mentionné les observations du *Medical times and gazette*.

urines avaient été laiteuses; à part cela, rien n'indiquait l'état du foie et des reins. Tous ces organes présentèrent, à l'autopsie, un très-grand nombre de vésicules hydatiques, dont le volume variait : les unes étaient grosses comme un pois; les autres, comme un œuf de pigeon (*The Lancet*, 1855, t. II, p. 366).

M. Herbert Barker (1), rappelant ce cas dans son mémoire, dit : Le foie et les reins étaient presque désorganisés par les hydatides qui étaient situés dans le parenchyme de ces derniers organes, et non dans le bassinet; de sorte que jamais elles ne furent évacuées par l'urèthre. Les vésicules qui nous ont été montrées ayant été longtemps conservées dans l'alcool, il a été impossible de déterminer à quel entozoaire elles appartenaient.

M. Jabes Hogg a observé un cas analogue chez un enfant de 14 ans.

Dans le cas de M. Hogg, y avait-il des hydatides dans les deux reins? Ce serait un second exemple : parmi les soixante-quatre observations que nous avons rassemblées, il n'en existe pas un troisième. Chez le mouton, au contraire, il est extrêmement fréquent de voir les deux organes remplis d'hydatides; d'où vient cette différence? Les moutons, toujours gardés par des chiens qui peuvent déposer un grand nombre d'œufs de tænia dans les pâturages qu'ils paissent, doivent souvent avaler plusieurs de ces œufs à la fois, et ils sont bien plus exposés à avoir des kystes multiples que l'homme qui soumet tous ses aliments au lavage, à la coction, qui boit de l'eau de source, de l'eau filtrée ou des liqueurs fermentées.

Chose singulière! on trouve des hydatides bien plus fréquemment dans le rein gauche que dans le rein droit : trente-sept fois le côté malade a été désigné dans les observations, vingt-trois fois c'était à gauche, quatorze fois seulement à droite. Déjà on avait remarqué que le rein gauche était plus sujet à certaines affections. Il est vrai que Coïter (2) a dit que l'ulcération était plus fréquente dans le rein droit; mais Morgagni (3) a trouvé un plus grand nom-

---

(1) Mémoire cité.

(2) *Externarum et internarum primiapalium corporis*, etc., obs. 23, § 3.

(3) *De Sedibus et causis*, etc., epist. XL, § 13.

bre de reins gauches enflammés et ulcérés. Les calculs seraient aussi plus communs à gauche : sur 100 sujets, dit Pison (1), atteints de néphrite calculeuse, 80 et plus souffrent à gauche. Dordone, Boerhaave, F. Hoffmann, partagent cette opinion. On n'a pas donné de raison satisfaisante de cette susceptibilité morbide, que d'ailleurs M. Rayer (2) ne croit pas établie sur des observations assez nombreuses. Mais nous ne pensons pas que la fréquence des hydatides et la fréquence de certaines maladies dans le rein gauche dépendent d'une même cause inconnue, et voici comment, à notre avis, on pourrait expliquer la première : lorsque l'embryon du tænia perce l'estomac du côté droit ou le duodénum, c'est le foie qui s'offre d'abord à lui, et le foie est énorme, il occupe tout l'hypochondre : le cestoïde s'y arrête, rarement il va plus loin. Du côté gauche, au contraire, il ne trouve que la rate beaucoup moins volumineuse et le rein placé aussi bien qu'elle pour le recevoir; il se porte tantôt vers celui-ci, tantôt vers celui-là, peut-être un peu plus souvent vers la rate, mais plus fréquemment vers le rein que du côté opposé.

Le kyste se développe-t-il dans la substance corticale ou dans la substance médullaire? Cette question est difficile à résoudre. Le plus souvent, en effet, il est trop volumineux et le rein trop altéré, atrophié, pour qu'il soit possible de déterminer le point où l'embryon s'est logé primitivement. Cependant, dans plusieurs cas où le kyste ne s'était jamais ouvert, on a trouvé ses parois appliquées à la face interne de la membrane fibreuse du rein ou même confondues avec elle, tandis qu'une couche de tissu glandulaire le séparait du bassinet : il s'était formé probablement dans la substance corticale, et sans doute la substance médullaire avait empêché, par sa résistance, la terminaison habituelle, l'ouverture dans le bassinet. Au contraire,

---

(1) *Obs. de morbis a ser. colluv.*, obs. 100, cap. 2, § 4.

(2) *Traité des maladies des reins*, t. I, p. 299.

lorsque cette terminaison a eu lieu, nous sommes porté à croire que l'embryon avait pénétré jusque dans la substance médullaire; il nous semble même que le point différent où le kyste s'est développé peut seul expliquer la marche différente qu'il présente dans ces deux catégories de faits.

Le kyste est placé à la partie supérieure ou à la partie inférieure du rein, en avant ou en arrière; quelquefois il transforme tout l'organe en une vaste poche. Il est ordinairement sphéroïde; il peut être allongé, bosselé, distendu et rénitent, ou plus mou et dépressible, selon la grosseur, le nombre et la disposition des hydatides qu'il renferme; il présente de la fluctuation, et souvent le frémissement hydatique que nous étudierons à propos des symptômes. Ses rapports sont variables et nous ne nous y arrêterons pas; faisons remarquer seulement que s'il est situé à droite, il peut adhérer au foie et rendre ainsi le diagnostic difficile; nous verrons qu'il est quelquefois impossible de dire s'il dépend du rein gauche ou de la rate. Le kyste écarte le tissu glandulaire qui l'embrasse; lorsqu'il est volumineux et s'est développé dans les parties les plus superficielles de la substance corticale, comme dans l'observation 36, ses rapports avec le rein sont beaucoup moins intimes, il ne semble plus sortir de l'épaisseur de l'organe, et on pourrait croire qu'il lui est simplement accolé, si la tunique fibreuse ne le recouvrait et ne témoignait de son siége réel.

On trouve souvent de la graisse à la surface du kyste, vers sa base surtout. Dans certains cas, des tractus membraneux se portent du kyste au rein, aux parties voisines; ce sont des produits plastiques, qui s'organisent peu à peu et deviennent quelquefois très-vasculaires. M. Rayer (1) en a donné un très-bel exemple dans son atlas : le kyste présentait à sa surface, surtout vers le bord externe, des plaques d'une rougeur écarlate, formées par un réseau vasculaire

(1) Atlas, pl. XXIX, fig. 2.

très-fin développé dans les fausses membranes ; il était aussi entouré de petites masses, les unes grisâtres, les autres rouges, friables entre les doigts, et la plupart groupées comme des glandes lymphatiques.

La face interne de la poche est quelquefois lisse comme une séreuse ; elle est d'une couleur jaune ou grise. Dans la première des observations de M. Rayer, elle avait l'aspect de la tunique interne de l'aorte ; elle présentait des points dépolis, érodés, comme on en rencontre si fréquemment dans ce vaisseau : dans le cas observé par M. Fiaux (1), elle était mamelonnée, comme chagrinée. Souvent elle offre des dépressions variables dans leur forme et leurs dimensions : les unes sont petites, les autres sont très-grandes et divisent la poche en plusieurs loges; ordinairement arrondies, elles sont quelquefois allongées ; dans certains cas, ce sont seulement des plis qui s'entrecroisent et forment des alvéoles comparables à celles d'une vessie hypertrophiée. Lorsque le kyste est en voie de guérison, qu'il est revenu sur lui-même, il est ratatiné, ridé, froncé comme un ovaire de vieille femme.

L'épaisseur de ses parois est variable, quelquefois elle n'est pas la même sur tous les points ; le plus souvent elle est de 1 à 3 millimètres ; mais dans tous les cas où l'autopsie a été pratiquée, le kyste était ancien. Elles sont sans doute beaucoup plus minces et délicates, lorsqu'elles commencent à se former. D'abord celluleuses, elles s'épaississent et se condensent peu à peu ; elles deviennent résistantes tout en conservant une certaine élasticité. Elles sont formées de tissus fibreux et semblent revêtues d'un épithélium à leur face interne. Des vaisseaux sanguins rampent à la surface et dans l'épaisseur de la membrane kystique ; ils étaient très-nombreux et quelques-uns avaient un volume considérable dans un cas publié par M. Livois (2). Dans un autre cas (3) du même auteur, les parois

---

(1) Voir plus loin, obs. 26.

(2) *Recherches sur les échinocoques chez l'homme et chez les animaux*, thèse de 1843, obs. 6. — Voyez obs. 37.

(3) Livois, obs. 7. — Voyez obs. 2.

du kyste étaient fibreuses en avant, cartilagineuses en arrière : elles présentent des incrustations calcaires lorsque le kyste est en voie de guérison, ou que l'urine a pu pénétrer dans sa cavité.

Dans le rein, comme partout, les hydatides (1) ont un volume très-variable : elles sont tantôt grosses comme un œuf, une orange, tantôt elles égalent à peine un grain de millet : cela dépend surtout de leur âge. Lorsque l'hydatide mère n'a pas été détruite, elle est en contact avec la face interne du kyste qu'elle tapisse dans toute son étendue ; souvent elle est ramollie, quelquefois il n'en reste que des débris mêlés à une matière visqueuse, sébacée, dont nous parlerons plus loin. Dans certains cas on ne trouve dans la poche qu'un petit nombre d'hydatides : ainsi ceux qui s'ouvrent périodiquement dans le bassinet, avant d'avoir acquis un volume qui permette de les reconnaître à la palpation, ne peuvent en contenir beaucoup ; il arrive qu'elles n'en renferment pas du tout : la poche s'était vidée complétement, et la guérison aurait pu s'effectuer. Les hydatides sont plus nombreuses dans les kystes qui ne se sont jamais ouverts. Il y en avait plus de cent chez le sujet de la première observation de M. Rayer ; M. Livois en a trouvé cent quarante-trois dans le rein d'une jeune fille de 20 ans, morte après deux ans de douleurs, et plus de mille chez une vieille femme. Voici l'histoire de cette dernière malade ; M. Livois y décrit avec soin les hydatides : la description que nous en avons déjà donnée sera ainsi complétée par un exemple.

---

(1) Quoiqu'on ait dit que les malades de Parmentier (*Nouv. bibl. méd.*, 1829, t. IV, p. 412) et de Weilenkamp (*Wochenschrift von Casper*, 1836, n° 45) rendaient des cysticerques, il nous semble difficile d'admettre que ces entozoaires qui sont toujours isolés dans leur kyste aient été évacués, en grand nombre, et à plusieurs reprises, comme les hydatides. Nous sommes porté à croire qu'il y a eu erreur sur la nature du ver.

OBSERVATION II.

Marie M....., âgée de 75 ans, est entrée, le 19 mai 1843, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Rayer, pour une gangrène sénile de la jambe et du pied droit.

En examinant le ventre, on trouve une tumeur occupant tout l'hypochondre gauche, dépassant à droite la ligne blanche de trois travers de doigt. Elle est régulière, élastique et fluctuante, au moins superficiellement. En arrière on constate de la matité, en avant le son est intermédiaire entre la sonorité et la matité. La malade a eu des hématuries répétées, il y a dix-sept ans, sans éprouver de douleurs, sans rendre de graviers. Depuis, aucun trouble ne s'est produit dans les voies urinaires. Le développement de la tumeur n'a jamais été accompagné de douleurs; la malade ne se plaint que d'un peu de gêne dans la région rénale, gêne qui paraît dépendre du poids de la tumeur. Les urines foncées et acides ne précipitent aucun sel. Rien à noter dans les fonctions digestives; respiration difficile, battements du cœur sourds et précipités.

M. Rayer diagnostique une hydronéphrose. Quatre jours après la malade succombe par suite des progrès de la gangrène.

Autopsie. La tumeur occupe exactement la région rénale gauche. Elle est en rapport : avec le côlon transverse à droite et en bas; le jéjunum lui est uni par des adhérences anciennes; en arrière elle est assez solidement fixée à la place qu'elle occupe. Elle est ovoïde; la grosse extrémité se dirige en haut et en arrière et se met en rapport avec la rate; la petite extrémité se porte en avant et soulève la paroi abdominale.

Tout le rein gauche est transformé en un vaste kyste sur lequel l'uretère vient se terminer en cul-de-sac. Les parois de ce kyste sont minces et fibreuses en avant, cartilagineuses et épaisses de 7 à 8 millimètres en arrière. La surface interne est tapissée, dans toute son étendue, par une couche irrégulièrement épaisse d'une matière jaunâtre, assez résistante, se détachant par écailles. Sa cavité, qui ne renferme que très-peu de liquide, est remplie par une immense quantité d'hydatides variables en volume, depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'un œuf de poule. Toutes ces vésicules sont sphéroïdes, non emboîtées, et remplies d'un liquide limpide et incolore; elles sont formées par une membrane d'une nature albumineuse et d'une consistance semblable à celle du blanc d'œuf. Dure, incolore et transparente dans les plus petites, elle offre dans les plus volumineuses une teinte légèrement laiteuse; l'épaisseur de cette membrane est à peu près égale dans toute son étendue. Toutes contiennent des granulations

blanches (groupes d'échinocoques) plus petites, moins blanches et moins nombreuses dans les petites hydatides qui n'en renferment qu'une ou deux, que dans les grandes qui en renferment toujours un nombre assez considérable. Dans le même kyste il existe plusieurs vésicules volumineuses affaissées et repliées en divers sens. Celles qui, à en juger par la minceur et l'aspect demi-transparent de leurs parois, ne doivent être rompues que depuis peu de temps, présentent également des granulations ; on n'observe rien de semblable dans celles dont les parois sont jaunâtres, très-épaisses, comme transformées en une matière gélatineuse et probablement déchirées depuis longtemps. (Livois, thèse, obs. 7.)

Cette observation est intéressante à plus d'un titre ; bornons-nous à faire remarquer ici que les hydatides n'étaient pas incluses l'une dans l'autre ; toutes étaient libres dans la cavité du kyste. Rapprochons de ce cas celui qu'a observé Baillie, dans lequel les grosses vésicules en renfermaient de plus petites qui flottaient dans leur liquide au adhéraient encore à leur paroi.

OBSERVATION III.

Le kyste avait une épaisseur considérable, une structure lamelleuse et une dureté cartilagineuse sur sa face intérieure. Les hydatides qu'il contenait en grand nombre variaient, pour la grosseur, d'une petite orange à une tête d'épingle. Quelques-unes des petites hydatides étaient logées dans de petites cavités situées à la surface interne du grand kyste. Leurs tuniques étaient facilement séparables en deux lames et variaient beaucoup d'épaisseur. A cause de cette différence, les unes paraissaient transparentes, les autres opaques, et souvent la transparence et l'opacité variaient d'une partie à l'autre de la même hydatide. Quelques-unes avaient des groupes d'hydatides plus petites, adhérentes à leur surface interne, qui ressemblaient au premier aspect à des perles ; d'autres contenaient des hydatides d'une grosseur plus considérable, flottant dans leur cavité ; d'autres enfin contenaient du liquide seulement, transparent en quelques-unes, comme du petit-lait en d'autres. Quelques-unes des plus petites hydatides avaient été charriées par l'urine pendant la vie. Il fallait une forte action musculaire pour les pousser par l'urèthre, et la vessie, comme dans d'autres cas d'obstruction, acquit, par cette action, une tunique musculaire plus forte (1).

---

(1) Baillie, *Anatomie pathologique*, trad. de Gerbois, p. 274.

On le voit, les hydatides des reins ne diffèrent pas de celles des autres organes. Cependant la nature des sels dissous dans leur liquide, les cristaux incrustés quelquefois dans leurs parois, pourraient les faire distinguer. Le malade de l'observation 17 disait avoir rendu des vésicules recouvertes d'une couche de sable jaune, et M. John Birkett constata lui-même que toutes celles qu'il lui apporta présentaient des cristaux d'acide urique et des cristaux phosphatiques. M. Herbert Barker a reconnu aussi la présence de ces sels dans un cas très-intéressant qu'il a rapporté dans son mémoire et que l'on trouvera reproduit dant l'ouvrage de M. Davaine (1). Les hydatides furent examinées avec le plus grand soin par M. le professeur Quekett, qui transmit à M. Barker la note suivante :

« Les hydatides les plus volumineuses présentaient à leur face interne un grand nombre de petits cristaux prismatiques ayant tous les caractères du phosphate ammoniaco-magnésien : de pareils cristaux étaient accolés à la face externe de l'une de ces hydatides. On les voyait très-bien dans les plus grosses ; mais beaucoup parmi les petites n'en contenaient pas. Lorsque j'essayai de placer entre deux lames de verre un fragment de la membrane interne pour examiner ces cristaux, ils se détachaient si facilement qu'il fallait les plus grandes précautions pour les conserver en place. Je n'avais jamais eu l'occasion de voir des entozoaires de cette espèce évacués par l'urèthre, et je ne puis expliquer la présence de ces cristaux dans les vésicules qu'en supposant que l'urine s'était introduite par endosmose dans leur cavité. Le phosphate ammoniaco-magnésien étant insoluble, dit M. Barker, nous ne saurions admettre qu'il pénètre directement dans les hydatides ; mais il n'est pas impossible que, pendant leur séjour dans le bassinet ou la vessie, l'urée et le phosphate de magnésie, tous les deux très-solubles, passent par endosmose à travers leurs parois et que le phosphate ammoniaco-ma-

---

(1) Ouvrage cité, obs. 191.

gnésien se forme alors par la combinaison de l'ammoniaque résultant de la décomposition de l'urée avec le phosphate de magnésie » (1). Quelques hydatides contenaient aussi des cristaux d'acide urique, d'oxalate de chaux et de phosphate de soude.

Desault (2) trouva dans des hydatides extraites du rein d'un enfant de 4 ans, des calculs de la grosseur et de la forme d'un pois ou d'un haricot ; sans doute ils s'étaient produits de la même manière : les vésicules étaient depuis longtemps dans le bassinet, les sels de l'urine avaient filtré à travers leurs membranes et avaient formé ces calculs dont quelques-uns étaient descendus avec elles dans la vessie et avaient nécessité l'opération de la taille.

Outre les hydatides, le kyste renferme souvent un liquide plus ou moins abondant, ordinairement limpide, quelquefois lactescent. Ce liquide diffère très-peu de celui que contiennent les vésicules, il a la même origine ; il provient de l'hydatide mère qui s'est déchirée ou même a disparu. Il manque lorsque cette hydatide est intacte et reste appliquée à la face interne de la poche. Si on vide le kyste, il sécrète un liquide séreux ; c'est ce qui arriva dans un cas que nous rapporterons plus loin. M. Nélaton fit une première ponction qui donna issue à un liquide parfaitement transparent ; à la seconde ponction, le liquide précipitait abondamment par l'acide nitrique, et se coagulait par l'action de la chaleur.

Nous avons déjà eu occasion de dire que les kystes hydatiques des reins s'ouvrent très-souvent dans les calices et le bassinet. Il serait intéressant de savoir comment s'établit cette communication, si elle est permanente ou si elle s'oblitère pour se rétablir plus tard, si elle permet à l'urine de pénétrer dans la poche, et, dans ce cas, si les hydatides meurent ou si elles continuent à vivre. Mais les autopsies

---

(1) Barker, mémoire cité, p. 10.

(2) Chopart, *Maladies des voies urinaires*, t. I, p. 144, et Rayer, t. III, p. 581.

ne sont pas assez nombreuses pour que nous puissions élucider toutes ces questions. Dix-neuf fois le kyste a été observé sur le cadavre, neuf fois seulement dans des cas où les hydatides avaient été évacuées par l'urèthre. Nous avons déjà rapporté le cas de Baillie; voici tous les autres. Dans le bulletin de la *Société anatomique* de l'année 1838, à la page 3, il est dit :

OBSERVATION IV.

M. Hardy rapporte avoir vu un homme qui rendait par l'urèthre des hydatides assez volumineuses ; à l'autopsie, on trouva le rein converti en un kyste hydatique.

On trouve dans le même recueil, année 1832, l'histoire d'un homme mort épuisé par une diathèse cancéreuse : l'observation est de M. Mélot.

OBSERVATION V.

Le rein gauche est converti en une espèce de coque membraneuse, remplie d'hydatides; l'urèthre correspondant est fort dilaté, ses parois sont infiltrées de sérosité. Le malade avait pendant la vie rendu des hydatides avec les urines. Le rein droit est sain.

OBSERVATION VI.

Chopart (1) rapporte que chez une femme, morte après avoir rendu des hydatides pendant vingt-cinq ans, le rein était converti en un sac membraneux, ovalaire, dont les parois épaisses étaient celluleuses dans plusieurs endroits, et qui était rempli d'un grand nombre d'hydatides libres, de grosseur et de figure différentes. Ces hydatides avaient leurs tuniques transparentes et quelquefois doubles; elles contenaient une lymphe trouble. L'urèthre et le bassinet étaient extrêmement élargis.

---

(1) Ouvrage cité, t. I, p. 148, et Rayer, t. III, p. 565.

OBSERVATION VII.

Dans une autre observation du même auteur (1), il est question d'un homme mort après avoir éprouvé de violentes douleurs dans les reins et la vessie, accompagnées de l'évacuation d'urines purulentes et de membranes hydatiques. . . . . Il y avait, du côté des calices, des mamelons, plusieurs foyers d'humeurs blanchâtres, granuleuses et fétides, et, dans la substance de ce rein, quelques points purulents qui ne communiquaient point avec ces foyers. Pas d'hydatides.

OBSERVATION VIII.

Voici tout ce que Chopart dit du kyste, dans une observation que nous avons déjà citée : «La substance du rein était dense et mince; les calices, les bassinets et les uretères, contenaient un grand nombre d'hydatides, qui en avaient excessivement distendu les parois. Quelques-unes renfermaient une humeur muqueuse et trouble, d'autres un calcul gros comme un pois, un haricot.»

OBSERVATION IX.

M. Rayer a rapporté un cas plus intéressant; malheureusement il n'a pas vu le malade et ne dit pas s'il a eu des coliques, s'il a rendu des hydatides, s'il était souffrant depuis longtemps, etc. etc. Il décrit seulement le rein et le kyste. . . . . La surface interne du kyste, généralement assez lisse, plissée en quelques endroits, dans d'autres comme éraillée, offrait en outre de petites dépressions irrégulières, assez généralement circulaires. Le fond du kyste, à l'endroit où il correspondait au bassinet dilaté, présentait un assez grand nombre de petites colonnes bleuâtres qui convergeaient vers un point central, et notamment vers deux ouvertures à bords arrondis, qui communiquaient avec la cavité du bassinet; de l'entre-croisement des colonnes résultaient les petites loges dont j'ai parlé.

Dans le kyste, M. Rayer trouva quatre grosses acéphalocystes et beaucoup de plus petites; le bassinet renfermait une grosse acéphalocyste vidée, entortillée sur elle-même et surmontée d'une autre acéphalocyste très-petite, globuleuse, et parfaitement transparente (2).

---

(1) Chopart, t. I, p. 150, et Rayer, t. III, p. 567.

(2) Rayer, ouvr. cité, t. III, obs. 11, p. 565.

L'observation suivante n'a pas été publiée; nous en devons les détails à M. Joüon, chirurgien de l'hôpital de Nantes; Thibaut, interne des hôpitaux de Paris, et surtout à M. Anger, ancien interne de l'hôpital de Nantes, qui a pratiqué l'autopsie.

OBSERVATION X.

G....., homme d'un tempérament lymphatique, né dans le midi de la France, s'est livré dès sa jeunesse à toutes sortes d'excès, particulièrement aux alcools et à la masturbation. Il a été soldat, et il a fait presque tout son service en Algérie. Libéré avant le terme légal à cause d'une faiblesse assez notable des membres inférieurs, il est entré, à son retour en France, à l'hôpital de Bordeaux, où M. Gintrac l'a traité pendant une année. Déjà, à cette époque, il rendait des hydatides par l'urèthre. On remarqua que les cautères, appliqués en grand nombre de chaque côté de la colonne vertébrale, diminuaient beaucoup et même dissipaient la paraplégie. L'excrétion des hydatides ne parut pas modifiée par les différents et très-nombreux agents dont il fut fait usage.

Arrivé à Nantes, il y a huit ou neuf ans, G..... fut amené à l'hôpital par les mêmes accidents. Il avait toujours une grande faiblesse dans les membres inférieurs, qu'il faut attribuer peut-être à l'habitude de l'onanisme qu'il conservait encore. De temps en temps, il était pris tout à coup de douleurs extrêmement vives, s'étendant à tout l'abdomen qui se ballonnait, s'irradiant vers le testicule et la cuisse gauche. Il y avait des moments de calme, mais ils étaient courts, et le malade avait peu de repos jusqu'à ce qu'il eût évacué quelques hydatides, tantôt huit, tantôt dix : les unes étaient grosses comme des grains de raisin, les autres beaucoup plus petites; elles étaient toujours accompagnées de quelques pellicules provenant de vésicules rompues; il n'y eut jamais ni sang ni pus dans les urines. On sentit plusieurs fois, de chaque côté de la ligne médiane, deux cordons durs, que quelques personnes n'hésitèrent pas à regarder comme les uretères distendus par les hydatides. Ces attaques de colique néphrétique devinrent de plus en plus violentes. En 1856, elles le furent au point que le malade perdit plusieurs fois connaissance et que l'on crut sa vie en danger. Dès qu'il commençait à souffrir, il annonçait qu'il allait rendre des hydatides, et il se trompait rarement; il pouvait quelquefois les suivre le long de l'uretère et indiquer le point où elles étaient arrivées.

Jusqu'en 1857, les attaques revenaient presque tous les mois; elles s'éloignèrent ensuite, et le malade n'en avait pas eu depuis dix mois lorsqu'il mourut. Il se plaignit pendant un certain temps de souffrir dans l'hypochondre droit : la

persistance de ces douleurs fit penser qu'il se développait peut-être aussi dans le foie un kyste hydatique. Elles finirent par disparaître, et jamais on ne trouva de tumeur dans ce point. D'ailleurs il ne fut pas possible non plus d'en découvrir dans la région des reins : les deux flancs furent explorés souvent avec le plus grand soin, et toujours sans succès.

M. Hélie, qui traitait le malade, épuisa la série des médicaments préconisés contre les hydatides, et jamais ils ne parurent avoir le moindre effet favorable. Les cautères modifièrent très-avantageusement la paraplégie, qui disparaissait lorsqu'on les entretenait et revenait chaque fois qu'on les laissait cicatriser. Aussi on ne les ménagea pas ; le dos du malade fut successivement labouré par 250 cautères.

En novembre 1859, G..... fut pris d'accidents thoraciques ; une phthisie à marche rapide se déclara, et il succomba dans les premiers jours de janvier 1860 (1).

Autopsie. La poitrine et l'abdomen furent seuls ouverts. Les poumons étaient farcis de tubercules et présentaient des cavernes aux sommets. Le péritoine, l'intestin, le foie, la rate, étaient parfaitement sains. Le rein droit avait son volume normal, il n'était le siége d'aucune lésion.

Le rein gauche présentait une tumeur d'aspect blanchâtre, à la surface de laquelle on remarquait des dépressions, des plis nombreux ; elle était située en haut et en avant du rein, dont elle occupait toute l'épaisseur et dont elle ne dépassait que d'un centimètre le bord convexe. Elle était irrégulièrement sphérique et avait 5 ou 6 centimètres de diamètre. Sa cavité était anfractueuse ; mais toutes les loges communiquaient largement entre elles. Ses parois avaient 2 ou 3 millimètres d'épaisseur ; elles étaient formées d'un tissu extrêmement résistant, comme cartilagineux ; une membrane lisse les tapissait à l'intérieur ; elles adhéraient intimement au tissu du rein qui se déchirait aussitôt qu'on essayait de les détacher. Le kyste communiquait avec le bassinet par une ouverture d'un demi-centimètre environ de diamètre ; cette ouverture était située en avant de l'orifice des calices ; ses bords étaient assez réguliers, durs et arrondis. Le bassinet n'était ni dilaté ni épaissi, il renfermait quelques gouttes d'urine et deux ou trois vésicules rompues ; l'uretère avait ses dimensions normales. Dans le kyste, on trouva de quinze à vingt vésicules, la plupart déchirées, cinq ou six seulement étaient

(1) Ne pourrait-on pas penser que la présence des hydatides dans le rein et leur évacuation périodique constituaient une dérivation qui a retardé l'explosion de la phthisie, jusqu'au moment où elle est devenue insuffisante ?

intactes; elles n'avaient pas tout à fait le volume d'un grain de raisin ordinaire. Ces vésicules furent l'objet d'un examen très-attentif: on les ouvrit, on gratta légèrement leur face interne avec une lame de scalpel, pour recueillir les échinocoques, s'il en existait; mais toutes les recherches furent vaines, et l'examen microscopique, fait par des personnes exercées, ne fit voir que des produits amorphes et d'autres finement granulés, sans aucune trace d'échinocoques ni de crochets. Le tissu rénal était sain tout autour du kyste, et les fonctions de la glande n'avaient pas été troublées.

Enfin nous donnerons plus loin la description d'une pièce extrêmement intéressante, recueillie par M. Fiaux, sur une femme qui évacuait des hydatides par l'urèthre et par les bronches : le kyste s'ouvrait, dans ce cas, dans une bifurcation du bassinet, par l'intermédiaire d'un conduit qui nous a paru être un calice.

Les six premières observations sont incomplètes et ne peuvent rien nous apprendre. Dans les trois dernières, où le kyste est décrit avec plus de soin, un orifice existait, et il paraissait ancien. Faut-il en conclure que toujours, une fois la perforation faite, elle ne se ferme plus ? Ce serait trop absolu. Probablement, au début, l'ouverture ne persiste pas longtemps; après l'expulsion des hydatides, ses bords se rapprochent et s'accolent; mais elle se reproduit plus tard, et, lorsqu'elle s'est faite un grand nombre de fois sur le même point, elle finit par rester permanente. Dès ce moment les hydatides passent facilement dans le bassinet; elles ne s'accumulent plus en aussi grand nombre dans la poche qui ne se laisse plus distendre et qui peut revenir sur elle-même. Il est difficile d'admettre que l'urine ne pénètre pas alors dans la cavité du kyste. Il semble qu'elle devrait l'iriter, et sans doute elle ne manquerait pas d'amener une inflammation violente, si on l'injectait dans un kyste hydatique d'une autre région. Mais l'embryon du tænia a pu se loger dans un canal urinifère appelé à être sans cesse en contact avec l'urine, et, lors même qu'il serait développé en dehors de ces canaux, il pourrait fort bien devoir à son siége dans le rein la propriété de ne pas être irrité par

le liquide que sécrète cet organe. Il est probable aussi que l'urine, tant qu'elle n'est pas altérée et qu'elle ne pénètre pas dans le kyste en trop grande quantité, ne nuit pas aux hydatides. Il peut y avoir plusieurs perforations. Dans le cas de M. Rayer que nous avons cité, il y avait deux ouvertures dans le bassinet; dans celui de M. Fiaux, la poche communiquait avec le bassinet, avec les bronches, et avec une collection purulente placée en arrière de la tumeur.

Les kystes hydatiques des reins s'ouvrent plus souvent et plus rapidement que ceux de tous les autres organes. Cela tient à la facilité avec laquelle ils se perforent du côté des voies urinaires. Distendue par les vésicules, la membrane kystique arrive en écartant la substance médullaire jusqu'au sommet de la pyramide qui est revêtue d'une muqueuse extrêmement délicate; il peut bien atteindre également la surface du rein, mais il rencontre là une capsule fibreuse, résistante : le point le moins soutenu est incontestablement celui qui fait saillie dans la cavité du bassinet, et c'est là que l'ouverture se fait. Les troubles, l'inflammation que la présence de la tumeur doit déterminer, ne sont peut-être pas étrangers à cette terminaison.

Nous ne parlerons pas ici des cas dans lesquels l'évacuation du kyste s'est faite par une autre voie : ces cas sont peu nombreux, et nous les rapporterons tous; on trouvera dans les observations les lésions constatées à l'autopsie. Deux fois le kyste s'est ouvert dans les bronches; s'est-il ouvert quelquefois dans l'intestin, dans l'estomac, à la région lombaire ? Ce sont des questions que nous discuterons plus loin.

Les kystes hydatiques peuvent guérir spontanément par l'expulsion complète des vésicules ou par leur mort. Autrefois on croyait que la présence d'hydatides mortes dans leur cavité était une cause certaine d'inflammation. On sait aujourd'hui qu'ils s'enflamment et suppurent assez rarement si on ne les irrite pas, et que, loin de redouter la mort des échinocoques, il faut la désirer.

M. Cruveilhier (1) croit que, dans un grand nombre de cas, la mort des hydatides est causée par la résistance qu'oppose le kyste à leur développement. « Il arrive, dit M. Davaine (2), que toutes les hydatides d'un kyste perdent simultanément leur liquide, les vésicules s'affaissent et se plissent régulièrement, tandis que le kyste éprouve un retrait proportionnel; celui-ci ne contient plus enfin que des membranes plissées et tassées comme les pétales du pavot renfermées dans leur calice. » Alors, et quelquefois pendant que les hydatides vivent encore, il se produit, à la face interne de la poche, une matière d'apparences diverses, tantôt jaune, épaisse, onctueuse, puriforme, tantôt grisâtre, solide, calcaire même, semblable à la matière tuberculeuse, avec laquelle on l'a confondue. L'analyse microscopique et l'analyse chimique ont montré qu'elle contenait une forte proportion de matières grasses. M. Sievering (3) ayant examiné avec M. Handfield Jones du liquide puriforme extrait de deux kystes hydatiques y a vu seulement des corpuscules variant beaucoup de forme et de volume, mais bien distincts des corpuscules du pus. Beaucoup parmi les plus gros, qui tous présentaient un mince contour, renfermaient des vésicules huileuses; il y avait aussi de l'huile libre. MM. Davaine et Charcot (4) ont trouvé une grande quantité de cristaux de cholestérine dans la matière jaunâtre d'un kyste recueilli sur une vieille femme; ils étaient mêlés à des débris de membranes et d'échinocoques et à une matière amorphe formée en partie de carbonate calcaire. Enfin M. Berthelot (5), ayant analysé le liquide puriforme d'un de ces kystes, a reconnu qu'il renfermait

---

(1) *Traité d'anatomie pathologique*, t. III; *des Kystes hydatiques*.

(2) Ouvrage cité, p. 361.

(3) *The Lancet*, 3 septembre, 1853, t. II, p. 238.

(4) *Note sur un cas de kyste hydatique* (Soc. de biologie, 1857, t. IV, p. 103).

(5) *Kyste de la rate* (mém. de la Soc. de biologie, t. II, p. 1; 1855), cité par M. Davaine.

1,7 pour 100 de matières grasses. Il est probable que c'est le kyste lui-même qui produit cet enduit athéromateux qui le revêt; M. Sievering a pensé qu'il était le résultat d'un travail de désagrégation, et nous étions tenté de partager son opinion, lorsque M. Robin nous a fait remarquer qu'il différait trop des membranes hydatiques pour que cette hypothèse fût admissible. En effet, M. Collard (1), après avoir analysé un grand nombre d'acéphalocystes de différents volumes, retirés du foie de divers sujets, est arrivé à conclure que la membrane acéphalocystique était composée d'une trame albuminiforme, ne différant de l'albumine que par sa solubililé dans l'acide hydrochlorique, et d'une substance qui a quelque analogie avec le mucus. On voit qu'il y a loin de là à la matière athéromateuse. A mesure que cette matière devient plus abondante, que les vésicules se flétrissent, les parois du kyste reviennent sur elle-mêmes, elles se ratatinent, comme il est dit dans l'observation 10. M. Rayer a fait représenter, à la figure 5 de la planche XXVIII de son atlas, « la coupe d'un rein, à la partie moyenne duquel on remarque une masse solide, irrégulière, à sa surface et dans son contour. Cette masse était formée par un kyste acéphalocystique contracté et revenu sur lui-même, et dont l'intérieur contenait des acéphalocystes rompues, flétries, et mélangées avec une matière jaunâtre ; » et à la figure 6, « la coupe d'un rein sur laquelle on voit une masse d'un blanc grisâtre, offrant de petites lacunes dont on pouvait extraire çà et là, avec la pince, de petits débris d'acéphalocystes salis par une matière gris jaunâtre. Autour de cette masse, le tissu du rein était décoloré et induré, comme à la suite des inflammations chroniques. » Il est probable que jamais les kystes qui guérissent ainsi n'arrivent à une oblitération complète ; mais il doit en être autrement de ceux qui guérissent après l'évacuation de toutes les hydatides. Morgagni pensait

---

(1) Cité par M. Moissenet, *De la Ponction avec le trois-quarts capillaire, appliquée au traitement des kystes hydatiques du foie* (*Arch. gén. de méd.*, février 1859, p. 141).

que les cicatrices du rein qu'il rencontrait quelquefois dans ses autopsies étaient dues à la guérison de kystes simples qu'il appelle des *hydatides,* et même de kystes à vésicules libres et multiples qu'il n'avait jamais observés. Nous ne pouvons apporter aucune preuve anatomique à l'appui de cette opinion.

Le rein dans lequel s'est développé un kyste hydatique volumineux est ordinairement pâle et atrophié par la compression; il n'en reste souvent qu'une partie très-petite. Peu à peu l'élément glandulaire disparaît, et il est remplacé par un tissu celluleux infiltré de matière jaunâtre (Rayer). Quelquefois le tissu rénal se condense, se feutre et devient comme cartilagineux. Dans les observations 4, 5 et 6, il est dit que le rein était transformé en une vaste poche qui s'ouvrait dans l'uretère; il semble qu'il ne soit rien resté de l'organe, que les calices et le bassinet se soient confondus avec la cavité du kyste. Les apparences étaient les mêmes dans le cas de M. Fiaux : une sonde introduite dans l'uretère semblait arriver directement dans le kyste; cependant la dissection nous a montré qu'entre les deux étaient le bassinet et les calices, qu'une partie seulement des voies urinaires avait été dilatée par le passage des hydatides, que le reste était atrophié. Nous pensons qu'il en était de même dans les cas cités plus haut. Chez un sujet, le rein était congestionné; chez un autre, il présentait dans son épaisseur des points purulents. « Lorsqu'il se fait dans le kyste un dépôt athéromateux, la substance rénale voisine, dit M. Rayer, devenue d'une teinte grisâtre, présente quelquefois de petites incrustations salines, dures et comme plâtreuses. » Chez le sujet de l'observation 10, qui avait des hydatides depuis au moins dix ans, la plus grande partie du rein était restée parfaitement intacte; il doit en être ainsi toutes les fois que le kyste est petit.

Lorsque les hydatides ont été rendues par l'urèthre, les calices, le bassinet et l'uretère sont dilatés, leurs parois sont épaissies et résistantes; dans un cas elles étaient infiltrées de sérosité. Quelquefois on trouve l'uretère parfaitement sain; c'est que, s'il est extrêmement

dilatable, il peut aussi reprendre très-promptement ses dimensions normales : ainsi s'expliquent les douleurs qui reviennent à chaque émission d'hydatides, et qui, semble-t-il, ne devraient plus se produire au bout d'un certain temps. La vessie est quelquefois enflammée, quelquefois ses tuniques sont épaissies ; les orifices de l'uretère et de l'urèthre sont souvent dilatés. Lorsque le kyste ne s'est pas ouvert dans le bassinet, les voies urinaires sont saines ou légèrement atrophiées.

Fréquemment on trouve, avec les hydatides, des graviers, des calculs. La présence des vésicules dans le bassinet provoque sans doute le dépôt des sels de l'urine ; la matière tuberculiforme, calcaire, que le kyste sécrète peut très-bien devenir le noyau d'un calcul, lorsquelle séjourne longtemps dans le bassinet ou la vessie ; il en est de même d'un débris de membrane. Mais quelques malades rendent des urines graveleuses avant que le kyste soit ouvert : y a-t-il dans ces cas seulement une irritation ou bien une diathèse calculeuse ?

Le rein sain est ordinairement hypertrophié, et sa sécrétion suppléé à celle du rein malade. Blackburne (1) rapporte l'histoire d'un homme qui ne présentait à droite ni rein ni uretère ; cet homme eut des hydatides dans le rein gauche. Il aurait succombé si cet organe s'était atrophié ; on le trouva trois fois plus volumineux qu'à l'état normal.

Quelquefois il existe plusieurs kystes hydatiques ; nous avons déjà vu un cas dans lequel le foie présentait des hydatides en même temps que les deux reins. M. Duchaussoy a fait l'autopsie d'une femme qui avait un hyste à l'union du lobe droit avec le lobe gauche du foie, plusieurs petits kystes dans l'épiploon gastro-hépatique, enfin un dernier dans l'un des reins. Jamais on n'a trouvé deux kystes dans le même rein.

---

(1) *Lond. med. journ.*, 1781, t. I, p. 126, et Rayer, ouvrage cité, t. III, p. 580.

CHAPITRE III.

Étiologie.

Après ce que nous avons dit de la nature des hydatides, il est évident que la cause nécessaire de leur présence dans l'organisme est l'introduction des germes dont elles procèdent. Sans œufs de tænia échinocoque point d'hydatides. Mais n'y a-t-il pas des conditions qui favorisent le développement de ces germes? Examinons quelle est l'influence de l'âge, du sexe, des maladies, etc. etc.

§ I. *Age.* — Sur 42 observations dans lesquelles l'âge est indiqué, 12 ont été recueillies sur des sujets de 20 à 30 ans, 10 sur des sujets de 30 à 40 ans, 8 sur des sujets de 40 à 50 ans, 5 sur des sujets de 50 à 60 ans; Desault (voyez obs. 8) a trouvé des hydatides dans le rein d'un enfant de 4 ans; Chopart (voyez obs. 6) a donné l'observation d'une jeune fille qui rendait des hydatides depuis vingt-cinq ans; M. Vigla (voyez obs. 22) a vu une femme de 37 ans qui rendait aussi des hydatides depuis sa plus tendre enfance; enfin le malade de Parmentier (voyez page 21) avait 10 ans lorsque les premiers accidents se produisirent. Deux malades avaient 18 ans, et la femme de l'observation 12 était âgée de 75 ans. Quoique le début ne puisse être indiqué avec précision, qu'il remonte souvent à une époque antérieure à celle où les premiers symptômes se sont montrés, on peut dire que c'est de 18 à 40 ans que les hydatides se présentent le plus souvent dans le rein comme dans le foie.

§ II. *Sexe.* — M. Barrier (1) dit dans sa thèse que les hydatides sont également fréquentes dans le foie, chez l'homme et chez la

---

(1) *Des Hydatides du foie*, thèse, 1840.

femme, et M. Davaine, qui les a étudiées dans tous les organes, n'a pas trouvé non plus qu'un sexe y fût plus sujet que l'autre. Nous avons rassemblé 29 observations d'hydatides du rein chez l'homme et 20 chez la femme; mais nous ne croyons pas devoir considérer cette proportion comme l'expression de la vérité : nous ne voyons pas pourquoi le rein de l'homme attirerait plus que celui de la femme un parasite également fréquent chez l'un et chez l'autre.

Parmi les malades qui ont présenté des hydatides du rein, on trouve des individus de tous les tempéraments, de toutes les constitutions.

§ III. *Maladies.* — On a cru que la phthisie jouait un grand rôle dans l'étiologie des hydatides, et cela parce qu'on avait pris la matière athéromateuse qu'ils renferment souvent pour des tubercules. Jenner, le premier, commit cette erreur; John Baron (1) l'a soutenue après lui et elle a joui d'un certain crédit. Dans le cas restreint où nous nous renfermons, nous ne comptons que trois phthisiques; dans le plus grand nombre des cas, la guérison a eu lieu; les hydatides altéraient bien peu la santé par leur présence. Elles ne sauraient naître de toutes pièces sous l'influence d'une affection morbide; mais faut-il admettre qu'un individu affaibli par la maladie est plus apte à les recevoir? « Chez les moutons, dit M. Rayer (2), les acéphalocystes des reins sont évidemment liés à un état particulier de la nutrition, et sont plus fréquentes dans les saisons froides et pluvieuses qu'à toute autre époque de l'année. » Mais il faudrait rechercher si la saison, si la nourriture de la saison ne rendent pas plus fréquente l'introduction des œufs de tænia. Ce n'est pas que nous voulions nier qu'il puisse y avoir une disposition particulière de l'organisme pro-

---

(1) *Recherches, observations et expériences sur le développement naturel et artificiel du mal tuberculeux*, trad. par Boivin (cité par M. Davaine).

(2) Rayer, ouvrage cité, p. 551.

pice à l'éclosion des œufs des entozoaires et à l'accroissement de leurs embryons ; au contraire nous croyons que, si c'est là ce qu'on entend lorsqu'on parle de diathèse vermineuse, il ne faut pas trop se récrier ; car, comme l'a dit M. Lasègue (1), il est probable que le sol a sa part d'influence dans la germination de l'hydatide. Nous nous sommes demandé si nous ne devions pas attribuer à cette disposition la coexistence des hydatides et des lombrics dans le cas suivant :

OBSERVATION XI.

Mme X..... a aujourd'hui 43 ans, elle jouit d'une santé des plus robustes, et elle a eu deux enfants doués d'une constitution aussi bonne que la sienne. A l'âge de 25 ans, elle éprouva pour la première fois de violentes douleurs dans le flanc droit. Ces douleurs avaient leur centre au-dessous du foie, au niveau d'une tumeur qui avait passé inaperçue jusqu'alors ; dans ce point, la moindre pression était intolérable : la malade avait de la fièvre, de la céphalalgie. Son médecin, praticien habile, lui fit prendre une potion morphinée qui amena un grand soulagement. Au bout de vingt-quatre heures, elle ne souffrait plus ; il ne lui restait qu'un peu de fatigue qui disparut promptement.

Trois ou quatre mois plus tard, les mêmes douleurs se reproduisirent, et la même potion les calma de nouveau ; puis vint une troisième attaque : alors seulement la malade se plaignit de rendre des graviers et d'en avoir rendu avant même qu'elle eût éprouvé les premiers symptômes de sa maladie. Au commencement de 1846, elle eut une quatrième attaque plus violente et plus longue que les précédentes. Les urines, qui n'avaient pas encore été examinées avec soin, furent conservées, et on trouva au fond du vase trois vésicules blanchâtres, ovoïdes, formées par une membrane gélatineuse ; elles étaient déchirées et vides. Quatre mois après, la malade fut prise pour la cinquième fois des mêmes accidents, et pendant six ans elle continua à rendre des hydatides à des intervalles variables : tous les trois mois, tous les deux mois ; parfois elle n'avait que quinze jours de repos. Lorsque les vésicules étaient arrivées dans la vessie, la douleur était plus vive encore que pendant leur passage à travers l'uretère ; souvent la malade souffrait huit jours avant de pouvoir les rejeter au dehors. Elle en a rendu un

---

(1) Lasègue, *Revue critique* (*Arch. gén. de méd.*, juin 1860, p. 736).

nombre considérable ; toutes n'avaient pas la même grosseur ni la même couleur.

Pendant les attaques, les urines étaient épaisses ; elles étaient rougeâtres après l'expulsion des hydatides, et elles contenaient des graviers souvent assez gros.

Entre deux attaques, la malade rendait quelquefois des vers assez longs, probablement des lombrics.

Pendant sa maladie, elle est accouchée d'un garçon qui se portait fort bien.

Depuis douze ans, elle n'a plus éprouvé de douleurs, elle n'a plus trouvé d'hydatides dans ses urines.

Le traitement fut très-varié ; un grand nombre de médicaments furent administrés sans succès. Mme X..... se trouva fort bien de manger beaucoup d'ail, d'oignon, et surtout d'un régime très-salé ; elle prenait des lavements de sel. Elle est allé deux fois aux bains de mer, la dernière fois en 1849, et c'est depuis lors qu'elle n'a plus rendu de vésicules hydatiques.

§ IV. *Climats.* — Rares en Amérique et dans l'Inde, les hydatides sont assez communes en France, en Allemagne, en Angleterre ; mais aucun pays n'en est infesté autant que l'Islande. M. Eschricht (1) rapporte que la sixième partie des Islandais en sont atteints. Elles se logent le plus souvent dans le foie ; les poumons et les reins en présentent aussi. On sait que les Islandais ont beaucoup de chiens et qu'ils vivent constamment au milieu de ces animaux ; c'est là sans doute la cause de l'affreuse épidémie qui les décime. M. Eschricht, d'après M. Lasègue, explique la fréquence des hydatides, en Islande, par la négligence apportée à la dessiccation des poissons dans les chambres où les chiens déposent leurs excréments chargés d'œufs de tænia.

§ V. *Saisons, aliments, boissons.* — Nous ne pouvons dire si l'homme, comme le mouton, est plus exposé dans une saison que dans une autre à introduire des œufs de tænia dans son organisme ; nous ne savons pas même comment ces œufs s'introduisent. Cependant il est probable que c'est avec les aliments ou les boissons.

---

(1) *Ueber die Bildung der Echinococcen*, 1856.

§ VI. *Cohabitation.* — On comprend aisément que deux personnes qui vivent ensemble, qui sont soumises aux mêmes influences, qui prennent les mêmes aliments, puissent présenter en même temps des hydatides : c'est ce qui est arrivé dans le cas suivant. Chose remarquable ! chez le mari et chez la femme, l'embryon est allé se loger dans le rein.

OBSERVATION XII.

Mme W....., âgée de 38 ans, femme grêle et délicate, mère de plusieurs enfants, entra dans le service de M. Gay au mois de juin 1846. Elle se plaignit d'éprouver, depuis deux mois, dans l'aine et le côté gauche de l'abdomen, une douleur assez vive. Cette douleur avait été parfois si violente dans la hanche, que la marche était impossible ; mais elle ne présentait cette intensité que pendant peu de temps. Elle avait souvent pris le caractère des douleurs de l'accouchement ; enfin elle se fixait fréquemment dans un point situé juste au-dessus de l'apophyse antérieure et supérieure de l'ilium. La malade avait rendu une fois par l'urèthre deux petites peaux dont l'expulsion avait amené un soulagement considérable.

Le 18 juin, après avoir beaucoup souffert pendant plusieurs jours, et éprouvé de la difficulté à uriner, Mme W..... évacua deux vases d'urine sanguinolente, et puis une grosse hydatide qu'elle dut retirer avec les doigts. La douleur de la hanche diminua beaucoup, et elle put uriner librement.

Le 20 juin, elle souffrit de nouveau, comme pour accoucher, et dans la hanche. La douleur augmenta jusqu'à midi, heure à laquelle elle rendit une hydatide beaucoup plus petite que la première ; l'urine renfermait un peu de pus, pas de sang. Nous devons noter que cette femme avait négligé de dire qu'au début, étant couchée sur le côté droit, elle avait ressenti dans la région lombaire gauche une douleur déchirante ; il lui sembla qu'on lui arrachait les entrailles. Au commencement elle ne souffrait que dans la région lombaire ; la douleur de la hanche vint plus tard.

Le 23, le pus reparut dans l'urine. On pria M. Peacock d'examiner ce liquide au microscope : il y trouva des corps et des crochets d'échinocoques.

Cette femme fut malade jusqu'à la fin d'août ; elle avait de temps en temps des douleurs suivies de l'évacuation de quelques hydatides. On lui donnait de la quinine et du fer, et on soutenait ses forces par un bon régime. Enfin elle guérit. (*The Medical times and gazette*, 17 février 1855.)

OBSERVATION XIII.

M. W..... est un homme d'une faible constitution ; c'est le mari de la femme qui fait le sujet de l'observation précédente. Il vint dans le service de M. Gay peu de temps après elle, présentant à peu près les mêmes symptômes ; il avait rendu plusieurs fois des hydatides par l'urèthre, et ses urines contenaient souvent du pus et des débris microscopiques d'échinocoques. Il guérit parfaitement, et maintenant encore il jouit d'une bonne santé. (*Medical times and gazette*, 17 février 1855.)

§ VII. *Coups.* — On a souvent fait intervenir les coups, les chutes, etc., dans l'étiologie des hydatides ; mais les malades sont toujours portés à faire remonter tous leurs maux à un traumatisme qui souvent a été produit plusieurs mois, plusieurs années avant ou après le début de leurs souffrances. Ici les coups et les chutes ne peuvent avoir d'autre effet que de rendre douloureux, d'irriter, de déchirer un kyste dont rien n'avait encore révélé la présence. Nous rapporterons plusieurs observations dans lesquelles les choses se sont passées ainsi.

CHAPITRE IV.

Symptômes.

Les kystes hydatiques des reins ne donnent souvent lieu à aucun phénomène morbide et passent inaperçus. Ils ne produisent ni inflammation, ni albuminurie, etc. : leur action est seulement mécanique ; par la pression qu'ils exercent sur l'organe, ils l'atrophient plus ou moins. Lorsque les hydatides se développent dans des organes uniques et importants comme le cœur, le cerveau, le foie, elles peuvent altérer profondément la santé en les gênant dans l'accomplissement de leurs fonctions ; mais nous avons vu que très-rare-

ment les deux reins sont atteints à la fois : lorsque l'un est comprimé et ne peut plus sécréter, l'autre s'hypertrophie et le supplée; l'urine est aussi abondante, l'urée est complétement éliminée et rien n'est troublé dans l'organisme. L'action mécanique du kyste peut donc ne se traduire elle-même par aucun symptôme. Jusqu'à ce que la tumeur soit énorme, assez lourde pour tirailler les parties et produire une certaine gêne, le malade ignore sa présence. Le médecin, s'il était appelé, pourrait la reconnaître plus tôt, et encore faut-il qu'elle ait déjà acquis un volume notable; car l'exploration du rein est difficile, et tout le monde ne sait pas, comme M. Piorry, trouver ses limites par la percussion et les dessiner sur la peau (1). Aussi nous verrons que dans beaucoup de cas où il était certain que le rein renfermait des hydatides, l'examen le plus attentif n'a pas permis de découvrir la moindre tumeur. Tout ce que nous allons dire s'applique à celles dont l'examen est facile.

Le siége de la tumeur est naturellement celui du rein dans lequel elle s'est développée; elle est profondément placée comme cet organe; des anses intestinales, le côlon, la séparent de la paroi abdominale; quelquefois elle est en rapport immédiat avec cette paroi, elle repousse l'intestin et remplit tout l'hypochondre. A gauche, elle s'enfonce sous les côtes et envahit la région splénique; à droite, elle remonte moins haut et se confond souvent avec le foie; elle peut descendre jusque dans la fosse iliaque, s'avancer vers l'ombilic et même dépasser la ligne médiane; elle soulève quelquefois les dernières côtes et déforme l'abdomen. Ses rapports, ses limites, varient avec son volume. Nous citerons des cas dans lesquels elle a présenté 20 et 25 centimètres dans son plus grand diamètre. On comprend que, lorsqu'elle atteint ces dimensions, elle puisse gêner la respiration et la digestion stomacale, surtout si elle est placée à gauche; du côté droit, elle pourrait comprimer la veine porte ou la veine cave et causer une ascite.

---

(1) Piorry, *De la Percussion immédiate*, p. 230.

La tumeur est globuleuse ou ovoïde, quelquefois elle offre de larges bosselures. S'il n'y a pas eu de péritonite, elle glisse derrière la paroi abdominale à chaque mouvement respiratoire ; elle paraît même mobile sur les parties profondes. Il faut la fixer pour étudier sa consistance : elle est rénitente, fluctuante, elle peut donner la sensation de flot. Lorsqu'on la percute, si aucune anse intestinale ne la recouvre, on obtient le son mat des collections liquides. Enfin elle présente quelquefois le signe caractéristique des tumeurs acéphalocystiques, le frémissement hydatique.

Constaté pour la première fois par M. Briançon (1), étudié par MM. Piorry (2) et Tarral (3), le frémissement hydatique a été comparé par ces auteurs à la sensation que ferait éprouver le tremblotement d'une masse de gélatine ou les vibrations du timbre d'une montre à répétition que l'on tient dans la main ou l'ébranlement des ressorts d'un fauteuil sur lequel on frappe légèrement. Corrigan et Bright (4) ont trouvé que le frémissement est analogue à la sensation que donne le cuir neuf lorsqu'on le plie dans les doigts; mais ils ont pris, d'après les auteurs du *Compendium* (5), pour le frémissement hydatique un frottement dû à des adhérences péritonéales. Pour percevoir le frémissement, il faut appliquer la main sur la tumeur que l'on percute brusquement. On a indiqué différentes manières d'appliquer la main et de percuter; la seule chose importante est de presser légèrement et de laisser la main sur la tumeur un petit moment après le choc. Lorsqu'on percute sur le doigt ou sur le plessimètre, l'ébranlement est plus marqué; on le sent alors

---

(1) *Essai sur le diagnostic et le traitement des acéphalocystes*, thèse de Paris, 1828.

(2) *De la Percussion immédiate.*

(3) *Recherches propres à éclaircir le diagnostic de diverses maladies* (*Journ. hebdom. de méd.*, 1830, t. V).

(4) Corrigan, *du Bruit de cuir neuf* (*Arch. gén. de méd.*, t. XII, série II, p. 226).

(5) *Compendium de méd.*, art. *Acéphalocystes.*

avec la main gauche ou avec les doigts qui frappent sur le plessimètre. A quelle cause faut-il attribuer le frémissement? On a dit qu'il était le résultat du choc des vésicules, mais M. Jobert l'a constaté dans un cas d'hydatide solitaire; il est plus probable qu'il est dû aux ondulations de la matière gélatineuse des hydatides.

Le frémissement n'a pas été constaté souvent dans les kystes hydatiques des reins, et on s'en étonnera peu si on réfléchit à la profondeur où ces organes sont placés. Pour qu'on puisse espérer l'obtenir, il faut que le kyste soit facilement accessible, et ce n'est pas ce qui a lieu le plus souvent. Aussi, depuis que M. Briançon a appelé l'attention sur ce signe, il ne s'est présenté que dans un cas dont on trouvera l'observation plus loin (voy. obs. 36). Quelquefois le kyste est énorme, son exploration très-facile, et on ne peut obtenir le frémissement; c'est ce qui est arrivé dans les deux cas rapportés par M. Livois (voy. obs. 2 et obs. 37). Dans le premier, M. Rayer ne trouva qu'une fluctuation superficielle; dans le second, il n'y eut pas même de la fluctuation. Nous donnerons l'histoire d'une malade traitée par M. Michon (voy. obs. 38) et chez laquelle il fut impossible de sentir le frémissement hydatique, bien que la tumeur fût très-volumineuse et que l'examen en ait été fait un grand nombre de fois par plusieurs personnes. Bérard (1) était donc dans l'erreur lorsqu'il prétendait que tous les kystes hydatiques présentent le frémissement; il manque souvent, au contraire, et sans qu'on sache pourquoi. D'après M. Briançon, on ne pourrait l'obtenir lorsque le liquide est trop ou trop peu abondant. Dans le second cas de M. Livois, les vésicules étaient si nombreuses qu'elles étaient déformées par la pression qu'elles exerçaient l'une sur l'autre; la poche ne renfermait pas de liquide. Ce cas semble donc confirmer l'opinion de M. Briançon.

Si à la percussion de la tumeur on joignait l'auscultation ou

---

(1) *Tumeurs du rein*, thèse

pourrait entendre le bruit hydatique; c'est toujours le même phénomène perçu par le sens de l'ouïe. Jamais ce signe n'a été recherché dans les kystes hydatiques du rein.

Dans deux cas, les malades ont présenté une paralysie des membres inférieurs; mais c'était sans doute une simple coïncidence. Nous avons dit que la phthisie n'avait aucune relation avec les hydatides.

Parfois on observe quelques symptômes du côté des reins; les malades rendent par intervalle ou constamment des urines graveleuses, ils éprouvent dans la région lombaire des élancements, et plus souvent une douleur sourde, gravative. Voici un cas dans lequel ces phénomènes ont été très-marqués; il a été observé par M. John Simon, chirurgien de l'hôpital Saint-Thomas à Londres, et M. Eastel de Folkestone : M. Simon lui-même l'a rapporté dans le journal *The Lancet,* du 15 septembre 1853.

OBSERVATION XIV.

W. S....., âgé de 44 ans, ouvrier à Folkestone, commença, il y a deux ans, à éprouver les symptômes de sa maladie. Jusqu'alors il avait joui d'une bonne santé; depuis quatre ou cinq ans cependant il rendait souvent des urines graveleuses (elles contenaient probablement des cristaux d'acide urique); il a eu aussi accidentellement un peu de roideur dans le genou et dans l'épaule; jamais, à sa connaissance, il n'a rendu de vers par les selles; il n'a jamais rien éprouvé qui pût en faire soupçonner l'existence dans l'intestin; sa profession l'expose à toutes les intempéries des saisons, mais il n'a commis aucun excès.

Depuis deux ans, il éprouve de temps en temps une douleur lancinante qui se porte d'un hypochondre à l'autre. Cette douleur dans les côtes, comme il la désigne, serait souvent provoquée par un exercice violent; elle est plus vive à certains moments et surtout lorsqu'il travaille avec un lourd marteau; elle présente plusieurs paroxysmes dans la journée. Quoique les élancements se fassent sentir des deux côtés, l'hypochondre gauche semble être leur point de départ. Six mois après le début de ces élancements, il a été pris tout à coup d'une douleur comparable à celle que causerait la sortie d'un calcul du rein droit; c'était cette douleur poignante si bien connue, s'irradiant vers la région iliaque, l'aine, le testicule et la cuisse, déterminant le spasme du crémaster et une irritabilité extrême

de la vessie. Au bout de six heures, le malade a évacué, après quelques efforts inutiles, une vésicule hydatique accompagnée de graviers semblables à ceux qu'il rend habituellement, et le calme est revenu.

Neuf mois plus tard, les mêmes accidents se sont reproduits ; ils ont duré deux heures, et se sont terminés aussi par l'issue d'une hydatide et de graviers. C'était encore le rein droit qui paraissait affecté.

Je n'ai pas observé ces deux attaques, et elles ont été interprétées seulement lorsqu'à la troisième, j'ai vu le malade rendre des hydatides. Cette troisième attaque a commencé le 21 juillet. W. S..... a été pris d'une douleur extrême sur le trajet de l'uretère droit; elle s'étendait à l'aine, au testicule et à la cuisse, et s'accompagnait de mictions fréquentes et de la contracture du crémaster. Pendant vingt-huit heures, ces symptômes ont présenté la plus grande intensité; puis ils se sont calmés un peu, et ont persisté, avec une violence moins grande et des exacerbations momentanées, pendant une semaine, au bout de laquelle il s'est fait une évacuation considérable de vésicules idatiques. En examinant ces vésicules, j'ai trouvé des groupes d'échinocoques de différentes grosseurs, et un nombre considérable de crochets.

Pendant les dix jours qu'a duré cette attaque, et surtout au commencement, la vessie était extrêmement irritable; le malade présentait aussi quelques troubles généraux, de la fièvre ; le ventre n'était pas douloureux à la pression ; il n'y avait pas de vomissements ; aucun produit inflammatoire ne se mêlait à l'urine.

Quatre jours après cette évacuation d'hydatides, le malade en a rendu encore une avec très-peu de douleur.

Depuis lors jusqu'aujourd'hui il s'est bien porté ; la douleur lancinante de l'hypochondre gauche, qui n'avait pas cessé depuis deux ans, s'est considérablement amendée : le malade dit qu'elle n'est pas le dixième de ce qu'elle a été autrefois ; l'urine, que j'ai examinée ces derniers jours, ne contient aucune trace d'animalcules ni d'autres produits morbides : on n'y trouve que quelques cristaux d'oxalate de chaux.

L'examen le plus attentif de l'abdomen ne m'a pas permis de découvrir de tumeur dans le rein droit ni ailleurs.

Dans ce cas, pas de tumeur; alors même que le diagnostic fut confirmé par l'issue des hydatides, M. Simon ne put rien découvrir d'anormal dans l'abdomen; mais, pendant deux ans, le malade a éprouvé des douleurs lancinantes, et depuis longtemps il rendait des graviers, lorsque les vésicules hydatiques ont été évacuées par

l'urèthre. Ces douleurs étaient plus vives du côté gauche que du côté droit, où cependant la colique néphrétique a démontré la présence des hydatides. Étaient-elles seulement sympathiques, ou bien annonçaient-elles, dans le rein gauche, un kyste, qui peut-être s'ouvrira à son tour dans le bassinet?

Occupons-nous à présent de cette terminaison si fréquente des kystes hydatiques des reins, qui seule peut permettre, dans un grand nombre de cas, d'établir le diagnostic avec quelque certitude.

CHAPITRE V.

Terminaison.

Les kystes hydatiques des reins se terminent par la rupture de la poche et l'épanchement des vésicules dans une cavité voisine; ils peuvent aussi rester stationnaires, ou même guérir sans se vider.

§ I. *Ouverture du kyste dans les voies urinaires.* — Examinons d'abord les cas dans lesquels le kyste s'est ouvert dans les calices et le bassinet; ce sont les plus fréquents de beaucoup, puisque cette terminaison a eu lieu 48 fois sur 64 cas.

Le malade est pris tout à coup d'une douleur dans la région lombaire, du côté où le kyste est situé; quelquefois cette douleur n'est pas très-violente, c'est une pesanteur, un tiraillement, ou des élancements très-supportables; souvent elle est assez vive. Le sujet de l'observation précédente avait de violentes attaques de colique néphrétique, lorsqu'il devait rendre des hydatides; M. Jones (1) a montré à la Société pathologique de Londres des hydatides expul-

---

(1) *Transact. of. pathol. Society*, 1854, t. V, p. 311, et Davaine, ouvr. cité, p. 535.

sées après neuf jours de phénomènes alarmants, et nous avons donné plus haut l'histoire d'un homme (1) qui souffrait au point de perdre connaissance, et dont la vie fut plusieurs fois en danger. Il est rare cependant que les accidents présentent cette gravité, ordinairement ils se bornent à une colique néphrétique de moyenne intensité.

La douleur n'est pas limitée à la région rénale, elle occupe tout le trajet de l'uretère, avant même que les hydatides soient engagées dans le canal ; elle descend jusqu'à l'hypogastre, à l'aine, à la cuisse ; elle s'irradie également, dans certains cas, vers le côté sain, et il arrive qu'on ne peut déterminer quel est le rein malade ; quelquefois la douleur est plus vive à l'hypogastre que partout ailleurs. Chez le malade de l'observation 10, elle s'étendait à tout l'abdomen qui se ballonnait. On pourrait se demander, dans des cas semblables, s'il ne s'agirait pas d'un kyste du bassin ouvert dans la vessie! L'autopsie a été pratiquée dans celui que nous citons, et elle est venue confirmer le diagnostic. Le testicule est souvent assez douloureux pour que le malade éprouve le besoin de le soutenir ; il peut être le siége des souffrances les plus vives ; le crémaster est alors contracturé. A mesure que les hydatides s'avancent, le centre des douleurs se déplace, et les malades ont pu quelquefois les suivre ainsi dans leur marche. Chez la femme de l'observation 12, les douleurs prirent le caractère de celles de l'accouchement.

Dans certains cas, on a noté que tout à coup le malade a éprouvé une sensation de craquement, de déchirement, dans le rein ; bientôt après, des vésicules hydatiques ont été rendues par l'urèthre, et les accidents se sont amendés. Que s'est-il donc passé? Il est probable qu'une grosse acéphalocyste, qui ne pouvait avancer, et qui causait les douleurs, s'est déchirée, et a permis l'écoulement de l'urine et l'issue de petites vésicules qu'elle retenait : de là le soulagement qu'éprouve le malade. Cette sensation se rattache aussi quelquefois à la rupture du kyste, de l'acéphalocyste mère, peut-être même à l'arrivée d'une grosse hydatide dans le bassinet à travers un orifice

(1) Voyez obs. 10

trop étroit. Elle a été notée dans l'observation insérée à la page 45; elle s'est aussi produite dans le cas de M. H. Barker.

OBSERVATION XV (1).

. . . . . .

Tout à coup le malade éprouva une sensation qui, d'après ses propres expressions, semblait indiquer que quelque chose s'était rompu dans le rein; en même temps la douleur de la région lombaire disparut. Il ressentit alors, pendant plusieurs heures, dans la fosse iliaque, une autre douleur qui cessa aussi brusquement que la première. A partir de ce moment, toutes les fois qu'il urina, il souffrit le long de l'urèthre comme s'il allait rendre des hydatides. Il en rendit en effet, et elles étaient plus grosses que d'habitude.

Le malade pouvait annoncer l'entrée des vésicules dans la vessie; il en était averti par la cessation des douleurs de la région iliaque, et aussi par une sensation particulière; il sentait parfaitement quelque chose tomber dans la vessie.

Voici encore deux observations dans lesquelles il est dit que les malades ont senti comme un déchirement dans la région lombaire :

OBSERVATION XVI.

Il y a quelques années, M. Ewen, de Longsulton (Lincolnshire), eut la bonté de montrer à l'auteur de ce travail des hydatides évacuées par l'urèthre. Plusieurs étaient intactes et variaient de volume depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une bille; leur demi-transparence permettait d'assurer qu'elles avaient été rendues vivantes. Le malade duquel elles provenaient était un paysan âgé de 35 ans. Voici les détails qu'il donna sur sa maladie : Il avait la fièvre depuis plusieurs jours, lorsqu'il sentit tout à coup quelque chose craquer dans ses reins, et bientôt après des hydatides parurent dans ses urines : il en évacua un grand nom-

(1) Herbert Barker, mémoire cité, p. 6.

bre, et il n'en rendit plus pendant un certain temps ; mais, au bout d'un mois, il eut de nouveau la fièvre, et il en expulsa quelques-unes encore. Depuis plusieurs années, il est parfaitement bien. (*The Medical times and gazette*, 17 février 1855.)

OBSERVATION XVII (1).

H. B....., âgé de 34 ans, d'une bonne constitution, se présenta pour la première fois à mon observation au mois de juillet 1851 : il m'apportait quelques hydatides qui, disait-il, étaient sorties par l'urèthre pendant la miction. Voici ce qu'il me raconta : Il faisait partie des sapeurs et mineurs royaux, et il se trouvait en cette qualité, au moins de novembre 1840, à Beyrouth, où il fut atteint de la fièvre jaune. Il se rétablit et jouit d'une bonne santé jusqu'au mois d'août 1841 : à cette époque, il eut la peste à Mont-Carmel. Dès qu'il fut entré en convalescence, on l'envoya à Beyrouth et de là à Malte, où il fut placé dans une salle du port de la Quarantaine. Il y était depuis peu de jours, lorsqu'il sentit, pour la première fois, dans le côté gauche, une douleur pour laquelle on lui appliqua plusieurs vésicatoires ; il n'avait pas de tumeurs. A la fin de la quarantaine, il entra à l'hôpital de Malte, et y fut soigné jusqu'à son retour en Angleterre, au printemps de 1842. A son arrivée, il fut placé dans un service de convalescents; il était tantôt à l'hôpital, tantôt en congé de maladie. Au mois d'août de la même année, il essaya de travailler, quoiqu'il souffrît beaucoup encore dans le flanc gauche. C'est alors que pour la première fois il découvrit une tumeur dans cette région. Au mois de juin 1843, il éprouva pendant plusieurs jours une douleur violente, il lui sembla tout à coup que quelque chose se rompait dans son côté. La première fois qu'il urina, après cette sensation, il rendit du sang et du pus mêlés de vésicules et de membranes dont plusieurs présentaient comme une couche de sable jaune (des cristaux d'acide urique?). Ces attaques sont revenues à différentes époques, et l'intervalle qui sépare leur apparition a été jusqu'à présent de un à six mois. Le malade reconnaît qu'une attaque est prochaine, plu-

---

(1) M. Birkett dit qu'il ne peut donner sur les hydatides du rein que les indications suivantes : M. Copland, dans son remarquable ouvrage (*Dict. pract. med.*), déclare qu'il n'a trouvé qu'une fois des hydatides rendues avec les urines. M. Durrand a rapporté un cas semblable (*Prov. med. and. surgical journal*, march 1851). Mon ami, le Dr Hannover, de Copenhague, a observé un autre cas, et j'ai ouï dire qu'il s'en était présenté un quatrième à la pratique de M. Parry, de Docking, dans le Norfolk.

sieurs jours à l'avance, à l'abattement de ses forces. Souvent après un exercice violent, comme celui du jeu de la crosse, il lui est arrivé de rendre plusieurs hydatides, ce qui, je crois, peut être attribué à la compression violente du kyste par les muscles abdominaux.

La dernière attaque a commencé dimanche 29 juin; le malade consulta le Dr Lever, qui eut la bonté de me l'envoyer peu de jours après. Il éprouvait dans la région rénale une douleur très-vive, énervante, qui s'irradiait jusqu'aux testicules et tout le long de la jambe gauche. Il a souffert jusqu'à ce que des hydatides soient sorties par l'urèthre, mercredi soir, 2 juillet. Depuis il en a rendu chaque fois qu'il a uriné; elles rempliraient une demi-pinte. L'urine était tantôt trouble, tantôt claire; parfois l'orifice de l'urèthre était obturé lorsque le malade se tenait debout, et l'urine s'écoulait seulement lorsqu'il s'inclinait ou se couchait.

Quand je vis cet homme pour la première fois, il venait d'avoir cette dernière attaque, et il avait conservé des vésicules dont il était facile de reconnaître immédiatement la nature. Quelques-unes trop grosses pour traverser les voies urinaires s'étaient déchirés, les plus petites étaient parfaitement intactes. Les unes n'étaient pas altérées, les autres paraissaient avoir subi un certain degré de décomposition. Après avoir cherché longtemps, je découvris un crochet d'échinocoque et un petit corps qui paraissait être l'entozoaire lui-même. Toutes les vésicules étaient plus ou moins incrustées de cristaux d'acide urique et de cristaux phosphatiques. J'introduisis une sonde élastique dans la vessie, et j'évacuai une urine trouble, contenant des débris d'hydatides et des corpuscules sanguins. Malgré un examen très-attentif de l'abdomen et de la région lombaire du malade, dans toutes les positions possibles, je ne suis point parvenu à découvrir de tumeur : je n'ai même rien trouvé dans le point où existait celle dont il nous a parlé.

Il est inutile de faire des hypothèses sur le siége du kyste : probablement il est placé près du rein gauche et en communication soit avec le bassinet, soit avec l'uretère. (John Birkett, *Guy's hospital reports.*)

Enfin nous rapporterons l'observation d'une jeune fille (voyez obs. 35) qui, à la suite d'une semblable sensation de déchirement, rendit du pus et du sang.

Lorsque les hydatides sont arrivées dans la vessie, le malade éprouve le besoin d'uriner, mais souvent il fait de vains efforts pour le satisfaire; quelquefois il y réussit, et tout à coup le jet s'arrête. La miction, impossible dans une position, peut s'effectuer, s'il

en prend une autre ; pendant ces efforts, il ressent des douleurs le long de la verge, et surtout à l'extrémité du gland ; enfin le col de la vessie se laisse dilater, et les vésicules s'engagent dans le canal de l'urèthre ; ordinairement elles le parcourent assez rapidement ; si elles sont trop volumineuses, elles s'avancent lentement, et la vessie doit se contracter avec énergie pour les faire arriver jusqu'au méat ; il y a un sentiment pénible de pesanteur au périnée et à l'anus, l'urèthre est distendu il semble qu'il va éclater ; quelquefois l'urine n'étant pas assez abondante, à un certain moment, le malade ne peut plus pousser, et la vésicule reste stationnaire. La femme de l'observation 35 était souvent obligée de se servir de ses doigts pour attirer les hydatides au dehors, celle de l'observation 12 usait du même procédé ; plus d'une fois, le médecin a dû déchirer la vésicule avec une sonde ou un autre instrument pour la vider et rendre son expulsion plus facile. Le diamètre du méat urinaire étant moindre que celui de l'urèthre, les hydatides peuvent y éprouver un moment d'arrêt, et puis sortir tout à coup sous l'influence d'un nouvel effort. Dans l'observation 1re de Chopart (1), elles s'échappaient en produisant un certain bruit. Un ancien soldat que nous avons observé à l'hôpital Saint-Louis nous disait, dans son langage pittoresque : *Je pousse fort, le canon part, et la mitraille est lancée bien loin.*

Ordinairement plusieurs hydatides sont évacuées à la fois ; elles profitent de la dilatation qui s'est faite pour le passage de la première.

Souvent, pendant que des hydatides sont déjà dans la vessie, d'autres descendent le long de l'uretère, et l'on observe alors, en même temps, tous les symptômes que nous venons de décrire ; les malades rendent des hydatides à plusieurs reprises. On peut présumer que toutes ont été évacuées lorsque les douleurs rénales ont cédé et qu'il n'y a plus de troubles du côté de la vessie.

---

(1) Ouvrage cité, t. I, p. 148.

Les urines restent souvent limpides, quelquefois elles sont purulentes, quelquefois mêlées de sang. Le pus est produit par une cystite ou par une pyélite, rarement par la suppuration de la poche. Les urines peuvent être blanches, laiteuses, et cependant ne pas contenir de pus; leur aspect est dû alors à cette matière athéromateuse qui a l'apparence du pus lorsqu'elle est suspendue dans l'urine : c'est ce qui avait lieu, d'après M. Sievering, dans le cas suivant, qu'il a observé à l'hôpital Sainte-Marie :

OBSERVATION XVIII.

22 juillet 1853. Daniel L....., cordonnier, garçon, âgé de 21 ans, avait toujours joui d'une bonne santé lorsqu'il fut pris, à la fin du mois dernier, d'une gonorrhée pour laquelle il a été traité par différents moyens. Depuis quinze jours, il éprouve une violente douleur dans l'hypochondre droit; elle s'étend jusqu'à l'épine dorsale, et les mouvements respiratoires la rendent plus vive; le onzième espace intercostal est très-sensible à la pression vers son extrémité postérieure. Il y a de la céphalalgie, la langue est épaisse et jaune, le pouls est petit et faible, la peau présente une légère teinte ictérique : le malade a perdu son appétit et déclare qu'il a maigri. Il n'a presque plus de gonorrhée. Il attribue sa maladie à un coup qu'il aurait reçu en jouant. Je suis porté à diagnostiquer un abcès du foie. — Vésicatoire sur le point douloureux, solution de Battley, etc. etc.

Le 27, le malade me fait appeler pour me montrer une matière blanchâtre, comme gélatineuse, qui ressemble complétement à une membrane d'acéphalocyste. Lorsqu'on l'étend, elle a une forme irrégulièrement quadrilatère, 2 pouces de long et 1 pouce et demi de large. Elle est sortie la nuit précédente par l'urèthre sans la moindre difficulté. Le malade est mieux, son teint s'est éclairci, la langue offre encore un enduit blanchâtre; le pouls bat 93 pulsations. Il rend devant moi un peu d'urine; elle est limpide, couleur d'ambre, et présente seulement un filament de matière albuminoïde, cependant elle ne contient pas d'albumine. Examinée au microscope, la membrane présente l'aspect lamelleux propre aux hydatides; on voit à sa surface quelques granulations et quelques corpuscules puriformes. Le filament qui flotte dans l'urine est formé de corpuscules puriformes enveloppés et réunis ensemble dans une matière visqueuse, amorphe. — Mixture de rhubarbe et de magnésie.

29 juillet. Après que je l'eus quitté, il rendit, le 27, un grand nombre de membranes hydatiques, et cinq fois il évacua par l'urèthre un liquide trouble,

lactescent, dans lequel aucun dépôt ne se forma. L'urine fut limpide à la sixième miction, et elle a continué de couler aussi claire jusqu'à présent. Elle est aujourd'hui un peu plus foncée qu'à l'ordinaire; mais elle est limpide et ne contient ni albumine ni sédiment. Le malade estime qu'il a rendu à peu près trois demi-pintes de liquide lactescent. Il ne souffre pas du tout dans le dos et légèrement dans l'hypochondre droit; la langue est sale; le pouls bat 85 pulsations. Il se sent plus fort et dit qu'il est presque guéri. Le passage des membranes hydatiques à travers l'uretère, la vessie et l'urèthre, s'est effectué sans douleur. Ces membranes sont au nombre de cinq; elles sont déchirées, irrégulièrement quadrilatères, transparentes et lamellées. L'une d'elles est plus transparente que les autres; elle paraît provenir du dédoublement d'une partie de la vésicule. Ces membranes réunies pourraient former une poche capable de loger une orange. L'urine est restée comme émulsionnée, même après avoir reposé longtemps; elle est acide et d'une couleur blanc verdâtre. La chaleur et l'acide nitrique la coagulent. Les membranes examinées au microscope présentent les stries parallèles des vésicules hydatiques; leur surface est couverte de corpuscules de $^2/_{5000}$ de pouce de diamètre, arrondis, bien limités, et nullement distincts des corpuscules du pus. Au milieu d'eux, flotte une cellule un peu plus large ($^4/_{5000}$ de pouce environ), sphérique, et contenant des molécules huileuses.

Le malade était externe à l'hôpital Sainte-Marie, et, comme il n'est pas revenu, on doit penser que la guérison s'est maintenue. (*The Lancet*, 3 septembre 1851.)

On est tout d'abord tenté de croire qu'il y avait bien réellement, dans ce cas, du pus dans les urines; cependant l'opinion de M. Sievering a pour elle l'absence de dépôt et le retour si rapide de la transparence.

Lorsque les urines contiennent du sang, c'est en très-petite quantité; il provient de la rupture du kyste ou de l'éraillure des canaux trop étroits pour laisser passer facilement de grosses vésicules.

OBSERVATION XIX.

Un jeune homme d'une faible constitution, d'un tempérament lymphatique, consulta M. Gay, le 4 novembre 1846. Il lui raconta que, le 27 septembre, il avait été pris tout à coup d'une douleur violente dans la région rénale droite; il éprouvait des élancements tout le long de l'uretère, du rein à la vessie; ses testicules étaient rétractés. A la nuit, la douleur se calma beaucoup. Le lendemain, il éprou-

vait le besoin d'uriner à chaque instant, et ses urines étaient mêlées de sang. Ces accidents durèrent trois jours.

Le 3 novembre, la douleur des lombes se fit sentir de nouveau, et bientôt le malade fut pris d'un pressant besoin d'uriner. Il ne pouvait d'abord le satisfaire; mais, après quelques efforts, il rendit une grosse hydatide, et l'urine s'écoula librement. Dans la journée, plusieurs hydatides plus petites furent expulsées.

M. Gay a revu le malade le 25 novembre; il n'avait plus rendu de vésicules et il ne lui restait qu'un léger sentiment de pesanteur, un peu de douleur dans le dos et à l'épigastre. Un exercice violent augmentait ce malaise.

Ce jeune homme n'a plus été observé depuis, et on ignore s'il est définitivement guéri. (*Medical times and gazette*, 17 février 1855.)

OBSERVATION XX (1).

Je vois actuellement, dans la commune de Ferroles, à une lieue de cette ville, un homme de 45 ans, fort, robuste, et d'un tempérament sanguin très-prononcé, qui rend fréquemment des hydatides par le canal de l'urèthre. Il jouit habituellement d'une bonne santé. Lorsque la sortie de ces animaux doit avoir lieu, il éprouve, quelques jours auparavant, un sentiment de pesanteur à la région hypogastrique, puis une sorte de malaise général peu considérable; enfin, surviennent de légères coliques, un pissement de sang tantôt pur, tantôt mêlé d'une plus ou moins grande quantité d'urine, et la suppuration de l'écoulement de ce fluide, qui dure depuis une heure jusqu'à cinq, selon la grosseur ou la quantité d'hydatides qui s'engagent dans l'urèthre et la difficulté qu'elles ont à en sortir. Cette maladie existe depuis douze ans; elle n'a jamais empêché celui qui en est affecté de se livrer aux travaux de la campagne. A la suite d'une pneumonie aiguë qu'il vient d'éprouver, il a rendu seize hydatides dans une nuit. Les plus grosses s'étaient vidées, et, d'après les kystes que j'en ai vus, elles pouvaient être de la grosseur d'un œuf de poule : il y en avait de fort petites, très-intactes, et quelques-unes de la grosseur d'une balle de plomb de calibre. La fièvre le quitta entièrement après cette évacuation, qui eut lieu le 16 décembre 1820.

Les hydatides évacuées sont telles que nous les avons décrites : les petites sont intactes, les grosses sont déchirées. On voit des fem-

---

(1) Chopart, *Traité des maladies des voies urinaires*, nouvelle édit., t. II, p. 151, note de M. Félix Pascal.

mes et même des hommes rendre entières des vésicules du volume d'une noix. Si les hydatides ont séjourné longtemps dans le bassinet ou la vessie, elles sont altérées, quelquefois ramollies. Il ne nous paraît pas impossible qu'elles se réduisent alors en une espèce de magma gélatineux dont il est difficile de reconnaître la nature. Nous citerons, à ce propos, le cas de ce général traité par Aulagnier (1), et dont l'observation a été reproduite par M. Rayer : depuis quatre mois, il rendait en grande quantité une matière puriforme, ressemblant à du blanc d'œuf, s'attachant au fond du vase; l'uretère était rétréci, le malade dépérissait; à peine le canal fut-il un peu dilaté, qu'il expulsa successivement dix-sept hydatides, et bientôt il fut complétement guéri.

Tantôt le malade ne rend qu'une, deux ou trois vésicules, tantôt un bien plus grand nombre. Si Weiten Kampf (2) n'a pas exagéré, la jeune fille qu'il observait en aurait évacué, tous les quatre ou cinq jours, cinquante à soixante, dont le volume variait depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noisette.

Le dépôt de l'urine, examiné au microscope, pourrait montrer des crochets d'échinocoques qui lèveraient toutes les difficultés du diagnostic.

En même temps que ces symptômes locaux, on observe quelquefois des troubles généraux, de la fièvre, des nausées, des vomissements, etc., mais le plus souvent il y a très-peu de réaction.

Lorsque les acéphalocystes ont été rejetées au dehors, l'urine s'écoule librement, les douleurs cessent, tout rentre dans l'ordre, et bientôt il ne reste au malade que de la fatigue; il peut reprendre ses fonctions et se croire guéri. Il l'est en effet dans certains cas, mais fréquemment le kyste se reforme, et les mêmes acci-

---

(1) *Journ. gén. de méd.*, t. LVI, n° 236, avril 1816, p. 168, et Rayer, ouvrage cité, t. III, p. 572.

(2) Voyez p. 19, note 3.

dents se reproduisent ; c'est tantôt au bout d'un ou deux mois, tantôt seulement au bout de six mois, un an, et même davantage.

OBSERVATION XXI.

M. Valleix montre des hydatides qui ont été rendues par une femme âgée de 32 ans. Depuis trois ans cette femme est prise régulièrement, au commencement de l'année, d'une indisposition légère dans la région des reins; elle n'a pas de fièvre. Bientôt elle rend par l'urèthre cinq ou six hydatides, et elle est complétement guérie. (*Bulletin de la Société anatomique*, 1838, 13e année.)

La femme de l'observation 1re de Chopart restait jusqu'à trois ans sans rendre d'hydatides. Dans quelques cas, le retour des attaques affecte une certaine régularité ; il semble que les acéphalocystes mettent toujours le même temps à devenir assez nombreuses et assez grosses pour que leur évacuation soit inévitable. Cette périodicité existait chez la malade de l'observation précédente; en voici un exemple plus remarquable encore :

OBSERVATION XXII.

M. Vigla rapporte l'observation d'une femme de 37 ans, d'une bonne constitution, et qui n'a jamais éprouvé de maladie bien grave. Dès son enfance et aussi loin que sa mémoire puisse se reporter, elle a éprouvé les symptômes de son affection actuelle. Tous les ans, pendant l'hiver, et principalement au mois de janvier, elle éprouve dans la région lombaire gauche, à la hauteur du rein, une douleur qui devient promptement incommode et la force à suspendre ses occupations. Elle n'a point de fièvre, l'appétit est seulement diminué; point de vomissements; les urines conservent les caractères qu'elles avaient auparavant. Au bout de deux à trois jours de cet état, elle rend, au milieu d'urines un peu bourbeuses, une très-grande quantité d'acéphalocystes. Cette émission a lieu deux ou trois fois par jour pendant trois ou quatre jours, et cette femme revient à son état de santé ordinaire. Dans le courant de l'année, il est survenu quelquefois, mais très-rarement, des accidents semblables, quoique plus légers; ils consistaient en une vive douleur dans le même point, ne durant que deux ou trois heures, au bout desquelles une simple émission d'urines contenant des acéphalocystes faisait dis-

paraître la douleur et ramenait un calme durable. Ces espèces de petits accès ne sont jamais revenus plusieurs fois dans une année. C'est au mois de janvier dernier que les accidents se sont renouvelés pour la dernière fois. Les prodromes, c'est-à-dire la douleur et la gêne, semblèrent s'accompagner d'un mouvement fébrile; mais l'existence d'un catarrhe pulmonaire aigu, à la même époque, était évidemment la cause de la fièvre. Au bout de quatre jours, comme à l'ordinaire, l'émission des urines chargées d'acéphalocystes commença, et dura trois jours. La quantité qu'elle en a rendu est énorme; car elle a uriné, pendant ces trois jours, deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, et, chaque fois, il y avait de quarante à soixante grosses hydatides dans l'urine, sans compter les petites. Les plus grosses furent rendues les premières, mais rompues dans un point et vides; la plus grosse surpasse en volume un œuf de pigeon. Les plus petites furent rendues pleines d'un liquide demi-transparent; il y en avait dont le volume n'égalait pas celui d'un pois. Il n'y eut aucun symptôme du côté de la vessie. (*Bulletin de la Société anatomique*, 1838, 13e année.)

Dans quelques cas, les hydatides sont rendues à des époques de plus en plus rapprochées, et ces cas ne sont pas les moins favorables. Si l'on veut bien parcourir les observations de kystes hydatiques des reins, on remarquera que lorsque les attaques sont très-rapprochées les malades n'ont pas tardé à guérir. Il semble qu'une large ouverture se soit faite et que toutes les hydatides soient sorties successivement. Dans les cas au contraire où la maladie dure depuis longtemps, elles ne sont évacuées qu'à des intervalles éloignés : c'est ce que nous avons vu dans les deux dernières observations. La suivante a été recueillie sur un homme qui, depuis douze ans, rend quelques hydatides tous les cinq ou six mois.

OBSERVATION XXIII.

Dominique D....., âgé de 53 ans, ancien soldat, est entré, au mois de juin 1860, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Cazenave, pour se faire traiter d'un *prurigo pedicularis*. Son père et sa mère jouissaient d'une excellente santé; il se porte bien lui-même et n'a été malade qu'accidentellement. Il a fait plusieurs campagnes en Afrique où il a été blessé. Son régiment ayant occupé un camp malsain, il eut la dysentérie pendant trois semaines. Trois mois après, il revint

dans ce même camp, et il y fut pris des fièvres d'Afrique. Il dut rentrer en France, et, pendant un an et demi, il eut des accès de fièvre intermittente.

En 1850, il est tombé du pont de Suresnes sur le bord de la Seine; on l'a relevé et on l'a transporté à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Robert. Il avait une luxation de l'épaule, une fracture du col du fémur, et même une luxation du genou (de la rotule sans doute). Il est resté plusieurs jours sans connaissance, ce qui semble indiquer qu'il y avait aussi quelque lésion du côté du cerveau.

Il a séjourné neuf mois à l'hôpital, et lorsqu'il est sorti, il ne pouvait marcher qu'avec des béquilles. Aujourd'hui il ne s'en sert plus, mais il boite beaucoup; il a un raccourcissement de 6 centimètres, et encore il prétend que son membre s'est allongé.

Trois mois après sa sortie de l'hôpital, il fut pris de douleurs violentes qui, partant de l'hypochondre gauche, s'irradiaient vers la colonne vertébrale et vers l'hypogastre; le testicule était douloureux et le malade était obligé de le soutenir. Il urinait très-souvent, mais très-peu chaque fois, il avait de la fièvre et ne pouvait dormir, quoique les douleurs n'eussent pas constamment la même violence. D..... était malade depuis huit jours, lorsqu'il entra à l'hôpital de la Pitié, où il fut placé dans la salle Sainte-Gabrielle. Il ne pouvait plus uriner, et ses coliques étaient devenues plus vives. On le sonda, et la sonde amena au dehors une membrane hydatique qui fit connaître la cause de ses douleurs. Pendant neuf jours, il fallut recourir au cathétérisme, et chaque jour une hydatide fut retirée. Le malade n'urinait librement qu'une fois après le cathétérisme. Au bout de deux semaines il fut parfaitement guéri.

Cinq mois plus tard, il éprouva de nouvelles coliques et s'empressa de revenir à l'hôpital. Il fut sondé immédiatement, et, comme précédemment, une hydatide fut retirée. Le lendemain, il en rendit une autre sans le secours de la sonde; elle n'était pas déchirée et elle pouvait avoir le volume d'un grain de raisin. Le troisième jour, le cathétérisme provoqua l'émission de deux vésicules. Le quatrième jour, le malade en rendit encore une sans qu'on le sondât, et, deux jours après, une dernière. Pendant tout ce temps, il souffrit dans les reins et à l'hypogastre; cependant il était soulagé chaque fois qu'il évacuait une vésicule. Il conserva une douleur sourde dans les lombes quelques jours après l'attaque.

Depuis, tous les cinq ou six mois, il est pris des mêmes accidents; seulement ils ont moins de durée. Il a des coliques ordinairement pendant trois jours; le quatrième, il se débarrasse en une seule fois de quatre à huit hydatides, et il se porte bien jusqu'à une nouvelle attaque. Voici comment s'est passée celle dont nous avons été témoin : Pendant la nuit, D..... éprouva tout à coup une douleur,

plutôt sourde qu'aiguë, dans le côté gauche et le ventre. Le matin, il avait un peu de fièvre; la langue était blanche et l'appétit moindre que d'habitude; le testicule gauche était douloureux. Le malade se plaignait surtout de souffrir à l'hypogastre. Cet état se maintint du vendredi au mardi. Le mardi matin, il avait de la diarrhée; dans la journée, il sentit que le moment favorable à l'évacuation des hydatides était venu; il s'accroupit et, après quelques efforts, il rendit cinq vésicules qui furent lancées avec force et, au dire du malade, se déchirèrent en tombant. Lorsqu'il veut les conserver intactes, il les reçoit dans la main, ce qui lui est facile, tant il a l'habitude de cette excrétion. Ces vésicules avaient 2 à 3 centimètres de diamètre, il n'y en avait pas de plus petites; leurs parois étaient minces et transparentes, on y voyait quelques points blancs, opaques. M. Robin, qui a bien voulu les examiner dernièrement, a reconnu qu'elles étaient formées de lames stratifiées; il a même trouvé des crochets d'échinocoques au fond du flacon dans lequel nous les avons conservés.

Il a été impossible de trouver la moindre tumeur dans le flanc gauche, que M. Cazenave et nous-même avons exploré avec la plus grande attention.

Depuis l'année dernière, D..... a rendu deux fois des hydatides. Il ne se porte pas mal et se livre à de pénibles travaux.

Lorsque les voies urinaires ont été si souvent et si fortement dilatées, il semble qu'elles devraient finir par donner aux hydatides un passage facile. Dans le cas que nous venons de rapporter, les attaques étaient, en effet, devenues moins longues et moins douloureuses; une fois que les vésicules arrivaient dans la vessie, tout allait pour le mieux, elles traversaient aisément l'urèthre, dont le calibre était très-large. Comme dans l'accouchement, c'est le second temps qui se raccourcit; mais la descente des hydatides le long de l'uretère est toujours lente et douloureuse, surtout si les attaques sont éloignées. Nous avons déjà fait observer que ce canal reprenait rapidement ses dimensions normales : il est soumis, à chaque émission d'hydatides, à une nouvelle distension.

Lorsque les vésicules se déchirent avant de s'engager dans l'uretère, elles arrivent plus facilement au dehors et causent moins de douleurs.

OBSERVATION XXIV.

William Leward, âgé de 26 ans, entra à l'hôpital de Winchester le 25 février 1852. Il se plaignit d'éprouver quelquefois des difficultés à uriner; il dit que le jet de l'urine s'arrêtait brusquement, qu'il finissait par entraîner comme un lambeau de peau et s'écoulait ensuite brusquement. Cela lui arrivait depuis trois mois, toutes les deux ou trois semaines. Jamais il n'avait éprouvé de douleur.

Une sonde d'un gros calibre fut introduite dans l'urèthre; il n'y avait aucun rétrécissement et on ne put rien trouver dans la vessie. La prostate avait son volume normal. Aucun signe d'irritation dans la vessie, l'uretère et les reins.

Le lendemain de son entrée à l'hôpital, pendant qu'il urinait, le jet fut interrompu, comme il l'avait dit, et, après quelques efforts, il expulsa par l'urèthre une membrane qui parut être une hydatide déchirée. Elle devait avoir trois quarts de pouce de diamètre; les parois avaient une demi-ligne d'épaisseur : à la loupe on reconnut qu'elle était formée d'une infinité de minces feuillets, ce qui caractérise les vésicules hydatiques. Ces feuillets étaient amorphes; même à un grossissement de 350 diamètres, on n'y put découvrir ni fibres ni granulations.

Le malade ne resta pas longtemps à l'hôpital; il sortit effrayé par une opération de taille qui fut pratiquée à cette époque (*Medical times and gazette*, 1855, 17 février.)

§ II. *Ouverture du kyste dans les voies respiratoires.* — Nous connaissons deux cas de kystes hydatiques des reins ouverts dans les bronches; le premier, rapporté dans la thèse de Othmar Heer (1), a été communiqué à M. Rayer (2) par Meckel.

OBSERVATION XV.

«Vir quidam ab equo in terram duram, in latus sinistrum delapsus, dolore «fixo, acuto, aliquot postea dies sensu ponderis lateris affecti, et post aliquot «tempus tussi, cum expectoratione corripiebatur, nec tamen viribus multum ex-

---

(1) *De Renum morbis*, p. 27, in-4°; Halæ, 1790.

(2) Rayer, ouvrage cité, t. III, p. 323, et Lenepveu, *Considérations sur les fistules réno-pulmonaires ;* Thèses de Paris, 1840.

«haustus, sat facile negotia sua tum equo, tum pedibus per duodecim annos cu-
«rabat: postea vero febri hectica, atrocissimisque doloribus lateris sinistri cor-
«reptus, aucta expertoratione, pus sanguinolentum, grumosum, pulmones reso-
«lutos expuens, tabe confectus, tandem moritur.

«Sectione instituta, inveniebatur ren sinister magnitudine capitis infantis, arc-
«tissime cum diaphragmate, et pulmones cum pleura cohærentes, ita ut omnia
«viscera abdominalia, exceptis intestinis, simul cum diaphragmate, pulmone, et
«corde exscindenda fuerint; loco renis sinistri inveniebatur saccus miræ mag-
«nitudinis, membrana crassa confectus, magnam copiam puris albidi, crassi
«continens, pelvis ureterque incrassatus, angustatus; exactiori examine inve-
«niebatur in superficie posteriori, et regione inferiori pulmonis sinistri rupta,
«per cujus aperturam digitus immissus, ad marginem anteriorem alæ infe-
«rioris pulmonis sinistri, in cavitatem magnam ibidem hærentem, liberrime
«protrudebatur; ex hujus cavitatis fundo per aperturam circularem in aliam se-
«cundam cavitatem ducebatur, quæ in diaphragmate, inter ejus substantiam, su-
«per apicem superiorem renis tam enormiter degenerati inveniebatur, supraque
«capsulam suprarenalem sinistram, et in toto ambitu partis sinistræ diaphrag-
«matis extendebatur; ren ipse in saccum enormem, uti jam diximus, degenera-
«tus, superiori majori et inferiori minori cavo gaudebat, quæ tamen nec inter se,
«nec cum illa in diaphragmate communicabant; in omnibus quatuor descriptis
«cavitatibus pus copiosissimum, crassum, albidum, hydatidibus intermixtum,
«plane illi simile contentum erat, quod sputo rejiciebatur.»

Faut-il penser qu'il avait ici trois kystes hydatiques? Nous ne le croyons pas; le pus contenu dans les quatre poches était le même, partout épais et mêlé d'hydatides. Il est probable que ces entozoaires s'étaient développés dans le rein, l'avaient transformé en une vaste cavité, et étaient arrivés dans les bronches après avoir produit l'abcès diaphragmatique et l'abcès pulmonaire : les quatre poches devaient donc communiquer ensemble primitivement.

Un second exemple de kyste hydatique des reins ouvert dans les bronches s'est présenté à l'observation de M. le Dr Fiaux, qui a eu la honté de nous donner les détails suivants sur ce cas intéressant :

OBSERVATION XXVI.

Mme B....., âgée de 54 ans, d'un tempérament bilioso-nerveux, éprouvait depuis plusieurs mois des douleurs dans le côté droit des lombes. Il lui arrivait souvent de ne pouvoir uriner, bien qu'elle en eût le plus grand besoin. Cependant elle continuait à faire de longues courses sans en être très-fatiguée.

Le 30 août 1851, elle fut prise subitement, à la promenade, d'une douleur tellement violente dans la région rénale droite, qu'on fut obligé de la transporter chez elle. Appelé à neuf heures du soir, je constate un ballonnement considérable du ventre, une distension extrême de la vessie : la malade n'a pas uriné depuis le matin. Le pouls est fréquent et petit. Je pratique le cathétérisme, et je n'observe rien de particulier dans les urines, qui me paraissent parfaitement saines.

Le 31. La malade a passé une bonne nuit; elle est calme. — Bain alcalin; deux potages dans la journée.

2 septembre. La malade va bien, elle urine sans difficulté et sans douleur.

Le 15, elle va à Saint-Denis, où les mêmes accidents se reproduisent : elle parvient, après de grands efforts, à expulser par l'urèthre une petite poche gélatineuse du volume d'un œuf de pigeon, et aussitôt elle urine abondamment et se trouve soulagée.

Le 17, Mme B..... me fait appeler; elle s'inquiète et craint d'avoir un calcul dans la vessie. Le cathétérisme ne me fait rien découvrir. Le col de l'utérus est sain et petit : la malade n'a jamais eu d'enfant. Je la rassure et je l'engage à continuer de prendre des bains, des boissons légèrement diurétiques, à suivre un régime doux, et à s'abstenir de café et de liqueurs; enfin je lui conseille de porter une ceinture élastique.

Le 26 au soir, elle est prise de nouveau de vives douleurs qui, partant de la région lombaire, s'irradient vers le bassin et la cuisse droite. Plusieurs fois, pendant la nuit, elle a essayé d'uriner, mais inutilement; la vessie remonte presque usqu'à l'ombilic. J'introduis la sonde, qui donne issue à une quantité considérable d'urine claire, transparente; immédiatement les douleurs lombaires diminuent. Je prescris un grand bain.

Le 27, Mme B..... est parfaitement remise.

Du 8 au 23 octobre, les accidents de rétention urinaire se renouvellent trois fois; chaque fois le cathétérisme a été pratiqué, sans qu'il y ait eu rien à noter du côté des urines.

2 novembre. Mme B..... accuse toujours dans le même point une douleur ex

trêmement aiguë qui remonte vers le foie et descend le long de l'urèthre jusqu'à la cuisse. Elle a des frissons, des nausées, un malaise général ; elle est très-altérée; la peau est chaude, le ventre météorisé et douloureux à la pression. La malade a uriné, à plusieurs reprises, pendant la nuit, mais bien peu chaque fois. L'urine est trouble; il y a au fond du vase un dépôt glaireux. Les accidents persistent, malgré le cathétérisme, qui jusqu'alors avait toujours ramené le calme. — Bain, lavement; boisson tempérante, bouillon de poulet.

Du 2 au 22, la douleur diminue; les urines sont toujours troubles et laissent déposer du muco-pus.

Le 24, Mme B..... éprouve pendant la nuit un violent frisson; la douleur rénale, qui avait presque complétement disparu, se fait de nouveau sentir plus forte que jamais; elle se propage dans tout le ventre et remonte jusqu'à l'épaule. La malade a eu, pendant la nuit, plusieurs vomissements de matières bilieuses et trois ou quatre garde-robes liquides. Elle a aussi uriné souvent : pour la première fois j'observe, dans le peu d'urine qu'elle a rendue, des débris membraneux qui présentent les caractères des hydatides, et ne laissent aucun doute sur la nature de la maladie. J'examine le flanc droit avec soin, et je trouve au-dessus du foie une tumeur oblongue, ayant son grand diamètre vertical, se confondant en haut avec le foie, et arrivant en bas jusqu'à la fosse iliaque; son diamètre transversal peut avoir 10 à 12 centimètres; elle est dure et douloureuse à la pression : aucune anse intestinale ne la sépare de la paroi abdominale. En arrière, la région lombaire présente une voussure assez prononcée.

Les 25 et 26. Il n'est plus douteux pour moi que j'ai affaire à un kyste hydatique du rein, enflammé.

Du 29 novembre au 14 décembre. La malade est dans le même état; elle rend de temps en temps des membranes acéphalocystiques déchirées.

20 décembre. La tumeur a beaucoup augmenté de volume; la voussure lombaire est aussi plus prononcée.

Le 22. M. Gendrin, appelé en consultation, partage mon opinion sur la nature de la maladie; il propose d'ouvrir le kyste par des applications successives de potasse caustique sur plusieurs points.

Le 28, trois grains de potasse sont appliqués à la partie antérieure de la tumeur.

2 janvier. Je place au centre de chaque escharе un nouveau fragment de caustique.

Le 3. Mme B..... se plaint d'une violente douleur à la base du poumon droit; elle tousse; ses crachats sont muqueux. La percussion et l'auscultation sont pra-

tiquées avec difficulté; le pouls est petit et fréquent, 100 à 110 pulsations; 30 inspirations par minute. — Vésicatoire ; tisane de mauve, julep kermétisé.

Le 3 au soir. Toute la journée la malade a eu des frissons; la toux est fréquente, la douleur est la même, la peau est chaude et moite, 120 pulsations.

Les 5 et 6, même état.

Le 7. L'oppression est plus grande ; Mme B..... a eu des quintes de toux accompagnées d'une expectoration abondante de crachats purulents, d'une odeur fétide et urineuse, mélangés de membranes semblables à celles que j'ai observées dans les urines. L'odeur urineuse des crachats rend le diagnostic facile; évidemment le kyste qui communiquait déjà avec le bassinet s'est ouvert dans les bronches.

Le 8 et les jours suivants, les matières expectorées ont toujours le même aspect, elles conservent leur odeur urineuse, et présentent des débris d'acéphalocystes; les urines en contiennent aussi. Mme B..... s'affaiblit de jour en jour, et, dans la nuit du 21 au 22, elle expire dans un accès de suffocation, après avoir rendu sept ou huit hydatides.

Autopsie. L'intestin grêle est déjeté à gauche, le côlon ascendant contourne la tumeur, avec les deux tiers inférieurs de laquelle il est en rapport immédiat. L'estomac, la rate, le poumon gauche, sont sains ; le poumon droit est un peu induré à sa partie inférieure intimement unie à la plèvre costale et diaphragmatique; le foie ne dépasse pas le rebord des côtes. En arrière du kyste, est une collection purulente qui communique avec lui. La tumeur est enlevée, et avec elle l'uretère et la vessie, une partie du foie, du diaphragme et du poumon ; la capsule surrénale a disparu.

M. Fiaux a présenté cette curieuse pièce à la Société d'anatomie, à la Société de biologie et à la Société médicale du 3e arrondissement. Il a bien voulu nous permettre de l'examiner, et, grâce à son obligeance, nous pouvons en donner la description suivante; on voudra bien ne pas oublier qu'elle a été faite sur une pièce conservée dans l'alcool depuis neuf ans.

La tumeur est placée au-dessous du foie qui recouvre son tiers supérieur; elle adhère fortement à la face inférieure de ce viscère, dans une grande étendue, et ne se sépare de lui qu'au point où la veine cave inférieure le traverse. En arrière, elle est en rapport avec le carré des lombes, les attaches et la face inférieure du diaphragme auquel elle adhère aussi ; elle est donc fixée à toutes les parties qui sont en contact avec son extrémité supérieure; en bas au contraire, elle est parfaitement libre ; son volume est considérable, il égale presque celui de la tête d'un fœtus à terme. L'uretère vient s'attacher à 3 centimètres au-dessus de son extrémité inférieure, ce qui indique qu'elle s'est développée dans la partie supé-

rieure du rein. Il est d'abord difficile de dire ce qu'est devenu cet organe; il semble avoir disparu, et s'être converti en une vaste poche. La tumeur est irrégulièrement sphéroïde; en bas, elle se termine par une espèce de cône; sa face externe est recouverte, dans quelques points, de tissu adipeux; dans d'autres, de fausses membranes; sa face interne est mamelonnée, chagrinée, surtout dans le quart inférieur; elle est comme veloutée dans la partie supérieure. Les mamelons présentent une dureté cartilagineuse; quelques-uns sont encroûtés de sels calcaires. Le kyste a été largement ouvert en arrière, dans le point où il communiquait avec la collection purulente dont parle M. Fiaux ; il offre en outre deux ouvertures: l'une est située sur la paroi externe, à 5 ou 6 centimètres du fond de la cavité; l'autre se trouve en haut, en arrière et en dehors.

Occupons-nous d'abord de la première: c'est une fente de 2 centimètres de long, dirigée d'avant en arrière. Si on essaye d'écarter la lèvre inférieure, on s'aperçoit qu'elle est adhérente à sa partie moyenne, et on voit en arrière un canal terminé en cul-de-sac, en avant, un autre canal, dont l'orifice supérieur ovale a 1 centimètre dans son plus grand diamètre, et dont l'orifice inférieur plus large est plissé, et le fait communiquer avec une cavité dont la surface est lisse et polie; c'est sans doute une des branches de bifurcation du bassinet, considérablement dilatée. Dans cette cavité, dont les parois sont appliquées l'une à l'autre, viennent s'ouvrir trois autres canaux qui paraissent être des calices; en bas et en dedans, existe un dernier orifice plissé à son pourtour, et par conséquent susceptible de s'élargir; il peut avoir 1 centimètre et demi de diamètre; il conduit dans le bassinet. Celui-ci est aussi beaucoup plus grand qu'à l'état normal; il est tapissé par une muqueuse lisse, gris jaunâtre, et il présente trois ouvertures, sans compter celle de l'uretère, qui est située en bas et en dedans. Nous venons de décrire la plus élevée; une autre plus petite, placée au-dessous, est l'extrémité d'un canal terminé en cul-de-sac à l'autre extrémité; plus bas encore, on trouve la troisième qui fait communiquer le bassinet avec une cavité creusée dans le cône que nous avons mentionné à la partie inférieure de la tumeur. Cette dernière cavité est anfractueuse, elle pourrait loger une noix; elle est circonscrite par une membrane continue à celle des voies urinaires; c'est encore une branche du bassinet dilatée, comme la première; elle présente l'orifice de deux calices et deux ou trois alvéoles, qui étaient peut-être aussi des calices.

L'autre ouverture est très-large, ovalaire; son grand diamètre transversal a 4 centimètres; son diamètre antéro-postérieur a seulement 2 centimètres; elle est formée par une perte de substance, et fait communiquer le kyste avec une arrière-cavité située entre le foie et le diaphragme; celle-ci est assez régulièrement arrondie; elle est tomenteuse à sa face interne, et a les dimensions d'une

petite orange. A sa partie supérieure et externe, elle présente deux ou trois perforations, qui conduisent à travers le diaphragme dans une poche placée à la base et dans l'épaisseur du poumon. Cette poche a des parois déchiquetées, irrégulières, d'une couleur gris verdâtre ; elle est oblongue transversalement, et obstruée par des débris, des trabécules de tissu pulmonaire; vers son extrémité externe, elle communique avec plusieurs rameaux bronchiques ; inférieurement, elle est constituée presque uniquement par la plèvre pulmonaire. Le poumon est adhérent à la face supérieure du diaphragme ; ces adhérences, très-solides en avant, ont pu cependant être assez facilement déchirées autour de l'abcès pulmonaire.

L'épaisseur des parois du kyste est de 2 millimètres en haut, de 3 millimètres en bas ; elle est plus considérable encore en bas et en dehors, sur une hauteur de 7 centimètres. Cette partie épaissie, jointe au cône dont nous avons parlé, a parfaitement la forme du rein, elle représente évidemment cet organe, qui est atrophié ; c'est là que se trouvent toutes les cavités que nous avons décrites à propos de la première ouverture du kyste. Le tissu glandulaire est jaune, serré, méconnaissable ; en avant et en dehors du bassinet, au-dessus de la cavité inférieure, il existe un noyau assez gros de tissu rénal.

Le kyste est constitué par du tissu fibreux, dense, élastique ; on voit quelques vaisseaux à sa surface. L'arrière-cavité est circonscrite par une membrane plus mince, moins résistante, qui paraît de formation récente.

Le kyste, le bassinet, toutes les cavités dont nous avons parlé, contenaient du pus et des hydatides ; il y en avait dans la vessie et dans l'uretère, dans la cavité pulmonaire et dans les bronches : ces dernières étaient presque toutes déchirées.

Dans le kyste, M. Fiaux en a trouvé d'énormes ; il nous en a montré une qui devait avoir le volume d'une orange. M. Davaine a examiné ces vésicules, et a reconnu qu'elles renfermaient des échinocoques.

Cette observation est un exemple très-remarquable de fistule rénale pulmonaire : il y avait une large communication entre les voies urinaires et les voies respiratoires, la malade expectorait des matières qui avaient l'odeur urineuse, et les mucosités bronchiques pouvaient descendre jusque dans la vessie. M. Rayer n'a rapporté dans son traité des maladies des reins que quatre cas de fistules rénales pulmonaires ; dans un seul, la fistule existait à droite, et

il n'est pas rigoureusement démontré, dit M. Rayer (1), que ce soit un cas de fistule rénale pulmonaire : la présence du foie rend en effet leur établissement plus difficile de ce côté.

Lorsqu'on compare ce cas avec le précédent, on est frappé de l'analogie qu'ils présentent : dans tous les deux, il y avait un abcès placé au-dessus du rein, et enfin le kyste était également rempli de pus. On sera tenté de croire qu'il en est toujours ainsi, si on veut bien rapprocher de ces deux faits celui que nous rapporterons à la page 184. Dans ce dernier, il n'existait pas de fistule réno-pulmonaire; mais il est probable qu'il s'en serait fait une si la malade eût vécu plus lontemps. Eh bien ! ici encore on trouva, à l'autopsie, un abcès situé non pas dans le poumon, le travail morbide n'était pas assez avancé, mais dans la plèvre, et une cavité remplie de pus placée au-dessus de la tumeur acéphalocystique. La marche de la maladie a dû être à peu près la même dans tous ces cas. Le kyste s'est enflammé, et bientôt le tissu cellulaire périrénal a participé à l'inflammation, qui a gagné peu à peu la plèvre et le poumon ; des abcès se sont formés; enfin des perforations se sont produites, et toutes les poches ont communiqué ensemble. Les choses pourraient cependant se passer tout autrement : le kyste pourrait se rompre, et les hydatides s'épancher dans le tissu cellulaire; de là l'inflammation et la fistule.

Lorsque le kyste s'est ouvert dans les bronches, on observe les symptômes suivants : Le malade éprouve de la douleur à la partie inférieure du thorax ; on entend du souffle caverneux, du gargouillement à la base du poumon ; des râles muqueux dans un seul côté de la poitrine. Le gargouillement s'étend au-dessous de la limite inférieure du poumon. Autour du point où existe l'abcès, le tissu de cet organe est induré, engoué, et on trouve un peu de matité, des râles fins. Le malade rend des membranes hydatiques avec ses cra-

---

(1) Ouvrage cité, t. III, p. 313.

chats. Enfin les matières expectorées peuvent présenter l'odeur urineuse, comme dans le cas de M. Fiaux ; mais ce dernier caractère sera constaté seulement lorsque le kyste communiquera à la fois avec les bronches et le bassinet. Tous les malades qui ont présenté des fistules rénales pulmonaires ont succombé.

§ III. *Ouverture du kyste dans les voies digestives.* — Deux fois les kystes hydatiques des reins se sont ouverts dans l'intestin et le bassinet. Voici un résumé de ces deux cas.

OBSERVATION XXVII.

Le sieur C....., adonné à la boisson, tombe malade à la suite d'un excès de débauche. Après treize jours de symptômes graves, il rend une grande quantité de sang par les selles ; l'hémorrhagie se renouvelle ; le malade ne peut retenir ni les matières fécales, ni les urines, qui déposent un sédiment briqueté ; enfin, le vingt-troisième jour, il évacue, avec un peu de sang, une hydatide grosse comme un œuf de canne ; il est soulagé. Deux jours après, on voit sortir par l'urèthre et on retire avec des pinces une hydatide de la grosseur d'un petit œuf de poule. Le sieur C..... se rétablit après une longue convalescence et n'a pas présenté de récidive. (Fourcroy, *la Médecine éclairée par les sciences physiques*, t. I, p. 87, et Rayer, ouvr. cité, p. 554.)

OBSERVATION XXVIII.

Une femme de 39 ans, bien portante d'habitude, ressent, après un effort, une douleur violente dans le flanc droit. Pendant deux mois, la douleur persiste en diminuant ; alors apparition de symptômes plus aigus, nécessité de garder le lit, découverte d'une tumeur au point douloureux, augmentation graduelle de cette tumeur ; puis, peu à peu, possibilité de se lever, de marcher. A l'entrée à l'hôpital, dépérissement notable, tumeur du flanc droit recouverte par le foie. Au bout de quelques semaines, évacuations d'hydatides par les selles et diminution de la tumeur. Pendant quinze jours, même évacuation de temps à autre, puis frisson répété plusieurs jours et rejet par les selles d'une certaine quantité de pus avec une dernière hydatide ; amélioration, et bientôt après, nouveaux fris-

sons, avec douleur hypogastrique, cuisson fréquente et douloureuse d'urines purulentes; une fois, on croit trouver une hydatide dans les urines; puis cessation graduelle des symptômes, disparition de la tumeur, et guérison après neuf mois et demi de maladie. (Résumé d'un cas observé par M. Barthez dans le service de M. Chomel, emprunté à la thèse de M. Cadet de Gassicourt; Thèses de Paris, 1856.)

L'observation suivante serait-elle un cas de kyste hydatique du rein ouvert dans l'estomac et le bassinet?

OBSERVATION XXIX.

Une femme de 37 ans, mariée depuis dix-neuf ans sans avoir eu d'enfants, avait éprouvé, vers l'âge de 13 ans, une douleur dans le côté droit, douleur qui revenait fréquemment et qu'elle attribuait à une chute ou à un coup. Quelque temps après, s'était montrée une tumeur douloureuse, dont le volume finit par égaler celui d'une tête d'enfant; elle était placée entre l'ombilic et la région inguinale. Le diagnostic de cette tumeur resta longtemps incertain. Il y a cinq ans, la malade éprouva pour la première fois de violentes douleurs dans la région rénale droite. La tumeur de l'abdomen n'avait pas changé de forme ni de volume; elle semblait seulement un peu plus élastique, elle était devenue plus douloureuse au toucher. L'année suivante, la malade s'aperçut un jour qu'elle avait rendu en urinant, après des douleurs excessivement vives, un grand nombre de petites poches vésiculeuses de diverses grandeurs, et dont les plus considérables avaient environ le volume d'un haricot. Un médecin constata que c'étaient des hydatides. Ces évacuations durèrent un certain temps, pendant lequel la douleur diminua notablement; les douleurs vésicales et rénales revenaient assez fréquemment, et s'accompagnaient, mais non toujours, d'expulsion d'hydatides. Revenue d'un voyage à Berlin, où on lui avait conseillé les eaux de Vichy, la malade rendit par le vomissement une masse considérable de vésicules hydatiques. Elle se rendit aux eaux de Carlsbad, dont l'usage interne et externe lui procura beaucoup de soulagement et s'accompagna d'une diminution considérable du volume de la tumeur. (Fleckes, *Wiener med. Wochensch.*, trad. dans la *Gazette hebdomadaire* du 11 mai 1855.)

On trouve dans le *Medical times and gazette* une observation de kyste hydatique ouvert dans l'intestin; elle est due à M. Mackenzie-

Bacon, qui pense que la tumeur s'était développée dans le foie : nous inclinons à croire qu'elle a pris naissance dans le rein droit. Le malade succomba, et l'autopsie fut pratiquée le deuxième jour après la mort.

OBSERVATION XXX.

La cavité abdominale contenait une grande quantité de liquide séreux dans lequel nageaient un grand nombre de flocons fibrineux ; le foie, le côlon et le diaphragme, avaient été soudés l'un à l'autre par une inflammation adhésive. Il existait entre le foie et l'estomac un kyste rempli de pus ; il était évident qu'il avait renfermé des hydatides, et que la péritonite avait été provoquée par un peu de pus qui, de sa cavité, était passé dans le péritoine. Le foie fut enlevé et incisé ; il renfermait plusieurs abcès dans son parenchyme. Le rein droit était en partie détruit par la suppuration, le calice était à nu. Le rein gauche était plus volumineux qu'à l'état normal, sans doute pour compenser la perte de l'autre rein. Le poumon droit était adhérent à la base ; il était sain : pas de tubercules.

§ IV. *Ouverture du kyste dans le péritoine.* — Les kystes hydatiques s'ouvrent rarement dans la cavité péritonéale; jamais les kystes hydatiques des reins n'ont présenté cette terminaison dont la gravité est extrême.

§ V. *Ouverture du kyste à la région lombaire.* — M. Rayer (1) cite deux cas dans lesquels, d'après lui, cette terminaison se serait produite.

OBSERVATION XXXI.

Le premier a été rapporté dans la *Bibliothèque médicale* de 1805, par Jannin, chirurgien à Vallières. Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans. La tumeur qu'elle présentait dans la région lombaire droite avait mis une année à se développer, sans causer d'autre incommodité que des élancements qui étaient devenus de plus en plus douloureux et fréquents. Jannin consulté constata de la fluctuation, de la

(1) Ouvrage cité, p. 578.

sensibilité à la pression ; il crut à une collection purulente. Comme la santé florissante de la malade excluait l'idée d'un abcès par congestion, il en fit l'ouverture. Il sortit par la plaie une multitude d'hydatides, flottant dans un liquide jaunâtre, et renfermées dans un kyste qui fut extrait. Jannin fit tous les jours des injections d'eau d'orge miellée ; et, malgré un érysipèle, la cicatrisation s'opéra dans l'espace d'environ quinze jours.

OBSERVATION XXXII.

Le second cas est extrait du même recueil (1814) ; il a été observé par M. Farradesche-Chaurasse. Le sujet était un vieillard âgé de 68 ans, rhumatisant ; il présentait à l'aine gauche une petite tumeur qui n'existait pas constamment. Cette tumeur devint très-volumineuse, et s'accompagna de douleurs lombaires ; puis elle disparut et fut remplacée par une tumeur lombaire qui s'ouvrit spontanément, et de laquelle sortirent du pus et un grand nombre d'hydatides.

On peut rapprocher de ces deux faits le suivant, que M. Boinet a bien voulu nous communiquer.

OBSERVATION XXXIII.

M. X...., âgé de 45 ans, cafetier, éprouvait depuis sept ans dans la région lombaire une douleur qui parut de nature rhumatismale, et pour laquelle il prenait des bains de vapeurs. Au commencement d'octobre 1859, cette douleur devint plus vive, et un bain de vapeurs l'augmenta encore. Bientôt une tumeur se forma dans la région lombaire droite. M. le Dr Ameuille fit appliquer des sangsues ; M. X..... ne fut pas soulagé ; peu à peu la tumeur acquit un volume considérable, et devint parfaitement fluctuante. M. Ameuille crut à un abcès froid ; ce fut aussi le diagnostic de M. Boinet, appelé en consultation auprès du malade. Une ponction fut décidée, et M. Boinet la pratiqua le 15 décembre. Il sortit environ un demi-litre de pus, la poche fut lavée, et une injection d'iode fut faite. La tumeur se reproduisit en peu de temps ; M. Boinet pratiqua une nouvelle ponction, et fut assez surpris de voir sortir par la canule un liquide très-limpide. Il n'hésita pas à reconnaître que l'instrument était engagé dans une vésicule hydatique, et qu'il avait affaire à un kyste hydatique suppuré ; il incisa largement, et évacua au moins un demi-litre de vésicules de toutes les dimensions ; il fit une injection d'eau tiède pour laver la poche, et après, une injection iodée à laquelle il revint à plusieurs reprises. Cependant la guérison se faisait attendre, la plaie ne se fer-

mait pas. M. Boinet soupçonna qu'il y avait encore des hydatides placées plus profondément, dont la présence entretenait la suppuration, et il était d'avis d'inciser la couche musculaire. M. Velpeau vit le malade, et fut du même avis. Les muscles superficiels ayant été divisés, un grand nombre d'hydatides s'échappèrent. M. Boinet crut d'abord que le kyste était situé dans le rein; mais, après l'avoir vidé, il acquit la certitude qu'il était placé en dehors des aponévroses profondes du muscle transverse. Jamais le pus ne parut mélangéd'urine, jamais il ne présenta l'odeur urineuse.

Nous sommes allé voir M. X....., qui nous a assuré qu'il avait rendu, à la campagne où il achevait de se remettre, une grosse hydatide par les selles. Comme nous paraissions en douter, il envoya chercher une membrane hydatique qu'il conservait dans l'alcool, et nous dit en nous la montrant : elle était semblable à celle-ci.

Au mois de septembre 1860, M. X..... a été repris de douleurs lombaires; M. Velpeau lui a fait appliquer un vésicatoire, et il a été parfaitement guéri par ce moyen.

Il est difficile de se prononcer sur le siége du kyste dans ces trois cas. M. Davaine (1) a pensé que les deux premiers étaient des exemples d'hydatides des muscles de la région lombaire. Mais, à vrai dire, on n'est pas plus autorisé à affirmer cette opinion que celle qui les considère comme des cas de kystes du rein. Le pus n'avait pas l'odeur urineuse : qu'importe? Cela prouve que la poche ne communiquait pas avec les voies urinaires, et nullement qu'elle était étrangère au rein. La sécrétion urinaire n'a présenté rien d'anormal; mais cela arrive souvent dans les cas de kystes hydatiques du rein les plus incontestables. Le malade de M. Boinet a été observé avec plus de soin, et cet habile chirurgien est convaincu que la tumeur était placée en dehors des aponévroses du muscle transverse; et cependant elle s'est ouverte plus tard dans l'intestin. On reconnaîtra au moins que l'ouverture des kystes hydatiques des reins, à la région lombaire, n'est pas chose impossible. Les calculs rénaux

(1) Ouvr. cité, 529.

déterminent quelquefois des fistules rénales lombaires; ce sont même les plus fréquentes parmi les fistules rénales ; les abcès périnéphrétiques s'ouvrent aussi à la région lombaire. Lorsque le kyste hydatique n'agit que mécaniquement, qu'il se développe en écartant les tissus, il est plus saillant du côté où la résistance est moindre. Voilà pourquoi il ne forme pas de tumeur en arrière, pourquoi il s'ouvre dans le bassinet. Mais, s'il s'enflamme, si l'inflammation se communique au tissu cellulaire qui entoure le rein, les hydatides pourront très-bien se faire jour à travers la paroi lombaire; car l'inflammation détruit les tissus qui résistent. Or, dans les cas que nous avons cités, le kyste avait suppuré.

§ VI. *Inflammation du kyste.* — L'inflammation des kystes hydatiques n'est pas fréquente; nous savons à présent que la mort des hydatides ne suffit pas pour la déterminer. Lorsque le kyste s'ouvre dans le bassinet, c'est par suite de son développement. L'inflammation n'intervient pas, ou du moins elle est très-circonscrite. Dans quelques cas cependant il en est autrement, le kyste s'enflamme avant de se perforer. Il est moins rare de voir du pus se produire dans sa cavité après sa rupture.

OBSERVATION XXXIV.

M. Guibout donne l'histoire d'un homme ayant toujours ressenti des douleurs dans la région du foie, sans jaunisse, et portant une tuméfaction qui s'irradiait vers l'épigastre et l'ombilic; il existait en même temps une dyspnée augmentée par un catarrhe chronique. M. Cruveilhier, consulté par ce malade, avait porté un pronostic fâcheux. Au bout d'un certain temps, le malade ressentit de nouvelles douleurs, et donna issue par les urines à une quantité assez considérable d'hydatides et de pus. Des symptômes inquiétants se développèrent, mais se dissipèrent peu à peu. Quatre ans après, le malade vivait encore et se portait assez bien ; il conservait toujours dans la région indiquée une matité qui se prolongeait au delà de l'ombilic et était par intervalle le siége de douleurs. Antérieurement cet homme avait rendu des graviers. (Société de médecine du département de la Seine, 6 juillet 1856.)

OBSERVATION XXXV.

Charlotte X....., âgée de 27 ans, domestique, non mariée, d'une bonne constitution, fraîche, paraissant se porter à merveille, est entrée à Guy's hospital, le 8 février 1854, dans le service de M. Babington.

Cette jeune fille n'a été réglée qu'à 21 ans, et jusqu'à 24 ans la menstruation a été pénible; à part cela, sa santé a toujours été parfaite. Il y a quatre ans, un enfant qu'elle portait lui donna un coup de pied sur le ventre; elle souffrit beaucoup, et, la nuit suivante, elle remarqua pour la première fois qu'elle avait dans le flanc droit une tumeur qui lui parut avoir le volume d'un œuf. Cette tumeur augmenta graduellement, et au bout d'une année elle était assez grosse pour que la malade ne pût plus la cacher. Ses règles furent suspendues, et le volume toujours croissant de son ventre lui donna de grands ennuis, en faisant soupçonner à ses parents qu'elle était enceinte. Mais la tumeur continua à faire des progrès au delà du terme où elle aurait dû disparaître s'il en avait été ainsi, et les soupçons firent place à une vive inquiétude sur la nature de la maladie dont elle était atteinte. On l'envoya à Londres, et elle fut admise à l'hôpital Saint-Bartholomée, dans le service de M. Hue. La tumeur était alors stationnaire, et la santé générale était bonne. Après être restée quelques semaines dans cet hôpital, Charlotte X..... sortit et retourna dans son pays. Son état a toujours été le même jusqu'au commencement de 1853, époque où elle rendit pour la première fois, avec ses urines, des *peaux* et de *petites vessies*. Depuis elle n'a pas cessé d'en rendre. Souvent une hydatide s'engageait, intacte, dans l'urèthre, et elle était obligée de se servir de ses doigts pour l'attirer au dehors. Dans le principe, ses urines ne contenaient ni sang ni pus. Deux mois avant d'entrer à l'hôpital, après être restée plusieurs jours au lit avec une violente douleur dans le côté, il lui sembla que tout à coup quelque chose se brisait dans son flanc droit, et bientôt elle rendit du pus et du sang. Cependant la tumeur avait beaucoup diminué, et à l'entrée de la malade à l'hôpital elle n'était plus apparente. Cette jeune fille appartenait à une famille dont la santé était irréprochable, et elle n'avait pas souvenir d'avoir rendu des vers. Pendant sa maladie, elle avait un peu maigri. L'examen de l'abdomen fit reconnaître une tumeur grosse comme une tête d'enfant, dure, un peu aplatie, et située dans le côté droit et la région lombaire. La malade resta dans le service de M. Babington plusieurs mois, pendant lesquels elle évacua un grand nombre d'hydatides. Ces vésicules variaient beaucoup de volume; les unes étaient intactes, les autres déchirées. Les urines contenaient beaucoup de pus. A un certain moment, les hydatides furent rendues

en bien plus grand nombre, la malade prenait alors de l'iodure de potassium : était-ce une simple coïncidence ou le résultat des vertus que l'on prête à ce sel? La santé de la jeune fille s'améliora, et la tumeur avait réellement diminué de volume lorsqu'elle quitta l'hôpital. Cependant l'urine contenait encore du pus, et de temps en temps elle rendait des hydatides. Nous n'avons pu avoir aucun renseignement sur la marche de la maladie depuis lors (1). (*Medical times and gazette,* 17 février 1855.

L'inflammation précède presque toujours l'ouverture du kyste dans les bronches; elle peut aussi être consécutive à l'épanchement des vésicules dans le tissu cellulaire.

Elle se produit quelquefois à la suite d'un coup, d'une chute. On a pensé pendant longtemps qu'elle suivait toujours la ponction du kyste; mais nous verrons que, lorsqu'on se sert du trois-quarts capillaire et qu'on agit avec les précautions que nous indiquerons, on peut faire plusieurs ponctions, tuer les hydatides et guérir le malade sans que le kyste suppure.

Guérison spontanée. Nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit de la guérison spontanée, au chapitre de l'anatomie pathologique. Le travail de rétraction et d'oblitération de la poche se fait sans produire d'autres symptômes que celui de la diminution du volume de la tumeur, si celle-ci a été reconnue. M. Cruveilhier (2) croit que la guérison spontanée des kystes hydatiques est extrêmement fréquente, et qu'elle a souvent lieu à une époque trop peu avancée pour que la présence du kyste ait pu être révélée par quelque symptôme.

---

(1) Cette observation a quelque analogie avec l'observation 17.

(2) Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique,* t. II, p. 552.

CHAPITRE VI.

Complications.

Nous ne ferons que les mentionner. Avant de s'ouvrir, le kyste peut s'enflammer, comme nous venons de le voir, et son inflammation amener celle des parties voisines, du rein, du tissu cellulaire périrénal, de la plèvre, du poumon, du péritoine, etc. Les complications qui surviennent après l'évacuation des hydatides varient selon la voie qu'elles ont suivie : nous en avons déjà parlé. Une acéphalocyste peut obturer l'orifice supérieur de l'uretère et produire une hydronéphrose, ainsi que l'atteste la dilatation du bassinet, notée dans plusieurs observations. Dans quelques cas, il y a eu rétention d'urine dans la vessie et tous les accidents qu'elle entraîne : cette rétention peut être causée par une vésicule qui empêche l'urine de s'écouler, ou bien par la coexistence d'un kyste du bassin, qui oblitère complétement les voies urinaires dans le point où il presse. Si l'urèthre était rétréci, une hydatide pourrait s'arrêter derrière la partie étroite et le canal s'érailler pendant les efforts du malade : de là infiltration d'urine, fistule uréthrale, etc. Assez souvent on trouve, avec les hydatides, des calculs qui donnent lieu aux phénomènes qui leur sont propres. Enfin il existe quelquefois d'autres kystes dans le foie, dans la rate, etc. etc.

CHAPITRE VII.

Diagnostic.

§ I. *Comment arriverons-nous au diagnostic d'un kyste hydatique des reins qui ne s'est pas encore ouvert?* —Si on ne peut le sentir par

la palpation, il ne faut pas espérer reconnaître sa présence, et nous n'examinerons que les cas dans lesquels il forme une tumeur appréciable dont il faut déterminer le siége et la nature.

A. Supposons-le d'abord d'un volume moyen, gros comme le poing, par exemple. On trouve dans l'abdomen une tumeur située plus profondément et plus bas que ne le sont les tumeurs du foie; souvent un intervalle la sépare de ce viscère, qui ne l'entraîne pas dans les mouvements que lui imprime le diaphragme et qui n'est pas entraîné par elle lorsqu'on la déplace. A gauche on ne la confondra pas avec une tumeur de la rate qui occupe une région plus élevée. La percussion sera très-utile en permettant de limiter les organes et la tumeur. Il est souvent très-difficile de reconnaître la nature du kyste : le frémissement hydatique doit se transmettre bien mal à travers les parois abdominales déprimées et tendues et les anses intestinales aplaties, plus mal encore à travers la région lombaire; on est obligé de se contenter d'une fluctuation plus ou moins obscure. Cependant, si on considère qu'il n'y a ni pus, ni sang, ni albumine dans les urines, ni douleurs vives dans la tumeur, ni fièvre, ni dépérissement, ni même altération notable de la santé, ni rien de ce qui peut faire soupçonner une pyélite, des calculs, une périnéphrite, un cancer, etc., on n'aura à hésiter qu'entre une hydronéphrose, un kyste simple, ou enfin un kyste hydatique. Dans ce dernier cas, la tumeur est unique, elle est située plus souvent à gauche qu'à droite, elle est assez régulièrement arrondie; malheureusement ce n'est pas assez pour la caractériser, et quelquefois le diagnostic est impossible, car on ne saurait songer à faire une ponction exploratrice dans une tumeur aussi peu menaçante et profondément cachée dans le ventre.

B. Occupons-nous maintenant des cas dans lesquels le kyste, arrivé au summum du développement, soulève les parois abdominales. Sa nature sera plus aisément déterminée que dans les cas précédents :

la fluctuation sera évidente, on trouvera du moins la rénitence propre aux tumeurs liquides, quelquefois il sera possible d'obtenir le frémissement hydatique. Lorsque ce dernier signe, seul pathognomonique, fera défaut, on se demandera s'il s'agit d'un kyste hydatique, ou d'une hydronéphrose, ou d'une hydropisie de la vésicule biliaire. Les kystes simples du rein et du foie atteignent rarement un volume considérable, le plus souvent ils sont multiples; l'hydropisie de la vésicule biliaire s'accompagne de jaunisse et de douleurs vives; dans l'hydronéphrose, la tumeur présente des bosselures très-marquées, l'urine est quelquefois muqueuse et filante. Il ne faut pas se dissimuler la difficulté de ce dernier diagnostic dans plusieurs cas : M. Rayer lui-même s'y est trompé (voyez obs. 2). Mais il est facile de sortir d'embarras en pratiquant, à l'exemple de Récamier, une ponction exploratrice qui donnera, dans les cas de kyste hydatique, un liquide limpide, non coagulable par la chaleur et les acides. Si la poche avait suppuré, la canule pourrait ne donner issue qu'à du pus, et on resterait dans l'erreur jusqu'à ce qu'on eut percé une vésicule.

Il reste à établir quel est le siége de la tumeur. Lorsqu'elle est accolée au foie et se confond avec lui de telle manière que ni la percussion ni la palpation ne permettent de saisir ses limites, il est impossible de dire si elle s'est formée dans le rein, dans le foie, ou dans le tissu cellulaire. De même, lorsqu'elle remplit le flanc et l'hypochondre gauche, on ne saurait la distinguer d'un kyste de la rate. On n'a pour se guider dans ces cas que les troubles fonctionnels et le mode de développement de la tumeur. Dans les kystes du foie on observe quelquefois de l'ictère; nous avons dit que les urines sont quelquefois graveleuses dans les kystes du rein. Si le kyste dépend du foie ou de la rate, il s'est développé dans l'hypochondre et n'est descendu que plus tard au devant du rein; au contraire, s'il appartient à ce dernier organe, il était situé, au début, dans la région lombaire. Mais le médecin n'a pas suivi la marche de la tumeur, et la malade ne sait pas l'indiquer.

Voici trois cas où le diagnostic est resté indécis entre un kyste hydatique du rein et un kyste hydatique de la rate.

Le premier est celui d'une jeune fille que nous avons observée dans le service de M. Nélaton, à l'hôpital des Cliniques. M. le Dr Péan a eu la bonté de mettre ses notes à notre disposition pour la rédaction de cette observation.

OBSERVATION XXXVI.

Émilie M....., orpheline, âgée de 18 ans, fleuriste, est entrée à l'hôpital des Cliniques le 9 mai 1859; elle est couchée au n° 28 de la salle des femmes.

Cette jeune fille a toujours habité Paris; elle paraît douée d'une bonne constitution, elle ne se souvient pas d'avoir été malade. Réglée à 16 ans pour la première fois, elle n'a jamais éprouvé de retard jusqu'au moment où elle est devenue enceinte; elle a eu une excellente grossesse, et elle est accouchée, le 14 novembre dernier, après quatre jours de souffrances. Vers la fin de décembre, elle s'est aperçue qu'elle avait dans le ventre, au milieu du flanc gauche, une tumeur assez dure, grosse comme le poing. Elle ne peut dire si, à cette époque, cette tumeur s'élevait jusqu'aux côtes; «elle remuait, dit-elle, lorsqu'elle était couchée ou assise, et ne l'incommodait nullement.» Au mois de février, elle a été prise d'une douleur assez vive partant des reins et descendant vers l'utérus; il lui semblait qu'elle allait accoucher. Le mois suivant seulement les règles ont reparu; elle n'a plus souffert. Depuis deux mois, la tumeur grossit plus rapidement, et c'est son volume croissant qui a effrayé la malade et l'a déterminée à entrer à l'hôpital.

9 mai. Sa santé n'est pas altérée; elle n'a jamais de fièvre, son appétit est excellent; elle ne se plaint que d'aller rarement à la garde-robe et toujours avec peine. Dès qu'on la découvre, on est frappé de la saillie considérable que la masse intestinale vient faire, au moindre mouvement, à travers une éventration de trois travers de doigt; l'hypochondre et le flanc gauche sont déformés par une tumeur qui soulève aussi les dernières côtes, et dont voici les limites précises: En haut, la percussion donne de la matité jusqu'à 9 ou 10 centimètres au-dessus du rebord costal; cette matité se confond avec celle du cœur. En bas, la tumeur arrive à 3 ou 4 centimètres de l'épine iliaque antérieure, et elle descend jusqu'à la crête iliaque en arrière. En dedans et en avant, elle est séparée de l'ombilic par trois travers de doigt. En arrière, on la perd sous la masse des muscles longs du dos; elle paraît mobile sur les parties profondes; elle est parfaitement indé-

pendante des parois abdominales, dont cependant aucune anse intestinale ne la sépare; elle présente quelques larges bosselures, quelques irrégularités, dans son contour; elle est concave en dedans comme en dehors, par conséquent réniforme; au milieu de la concavité on observe une légère saillie. Si on immobilise la tumeur, on reconnaît qu'elle est rénitente et donne la sensation de flot; si on lui imprime un choc léger et brusque, la main sent comme un frémissement ondulatoire.

D'après ces signes, M. Nélaton annonce un kyste hydatique; le siége et la forme de la tumeur, l'absence de tout trouble du côté de la sécrétion urinaire, semblent indiquer un kyste de la rate. «Cependant, dit M. Nélaton à sa clinique, gardez-vous d'affirmer un pareil diagnostic; les tumeurs de la rate et celles du rein ont les mêmes apparences lorsqu'elles sont très-volumineuses. Il y a quatre ans, je donnai des soins à un médecin portugais, homme instruit, s'observant très-bien. Il avait une énorme tumeur dans l'hypochondre gauche, et il pensait qu'elle était due à une hypertrophie de la rate; il avait longtemps habité un pays où la fièvre intermittente est endémique..... La tumeur devint douloureuse, elle s'enflamma; tout portait à croire qu'il s'était formé un abcès dans la rate. Je fis une ponction et j'évacuai 5 litres de pus. Aucune injection ne réussit à tarir la suppuration; le malade succomba. A l'autopsie, on trouva dans le rein gauche une vaste cavité anfractueuse, et, au milieu du pus qui la remplissait, un calcul volumineux; et cependant il n'y avait eu aucun symptôme d'affection des voies urinaires, ni pus, ni sang, ni graviers, dans les urines, ni coliques néphrétiques; l'uretère était oblitéré, et l'urine limpide que rendait le malade provenait du rein droit» (1).

Le 27, M. Nélaton fait une ponction avec un trois-quarts explorateur; il sort environ 1 litre de liquide transparent, limpide comme de l'eau de roche, qui ne donne aucun précipité par l'acide nitrique, et ne se coagule pas par la chaleur. Plus de doutes sur la nature de la tumeur : c'est bien un kyste hydatique.

Le 30, M. Nélaton fait appliquer un fragment de potasse caustique au-dessous du rebord costal; l'eschare sera excisée, et alors on pourra placer dans la plaie un morceau de pâte de Canquoin, et on cautérisera successivement jusqu'au voisinage du péritoine.

20 juin. Une ponction devait être pratiquée au fond de la cavité produite par les cautérisations; mais, en faisant faire un grand soupir à la malade, M. Nélaton

---

(1) L'observation de ce malade a été communiquée par M. Lorrain à la Société de biologie; on la trouvera dans les comptes rendus de l'année 1854.

croit reconnaître que la tumeur, repoussée par le diaphragme, glisse encore un peu derrière les parois abdominales, et il fait appliquer de nouveau de la pâte de Canquoin.

Le 25, les adhérences paraissant solides, la ponction est faite avec un petit trois-quarts. Le liquide qui s'écoule est d'abord jaune-citrin, et devient peu à peu plus trouble et plus foncé; il précipite abondamment par l'acide nitrique. La malade ne peut pas se mettre dans une position qui permette l'évacuation complète du kyste. La canule est laissée dans la plaie.

1er juillet. Elle donne issue à un liquide de plus en plus épais. Le lendemain elle ne peut plus être supportée, et on lui substitue, dans le but d'établir un trajet fistuleux, une corde à boyau, que la malade, très-indocile, ne tarde pas à déplacer dans ses mouvements. La plaie se cicatrise profondément, et lorsqu'on veut faire des injections, on ne peut plus pénétrer dans le kyste. Bientôt des douleurs diffuses, assez vives, se développent dans l'abdomen; la moindre pression est intolérable; le pouls est fréquent et petit; la malade a des vomissements verts, porracés. — Cataplasmes; diète.

Le 4. Un large vésicatoire est appliqué sur le ventre; le lendemain la douleur est moins vive, le pouls est meilleur.

Le 8. Depuis deux jours, le ventre est extrêmement distendu, les anses intestinales se dessinent à sa surface; la région ombilicale est soulevée. Au niveau de la ponction, la percussion, très-douloureuse, donne une sonorité tympanique: la tumeur a été repoussée en arrière. Dans le flanc droit, il y a de la matité et de la fluctuation, annonçant un épanchement dans la cavité péritonéale. La malade présente une teinte ictérique; ses urines sont brunes; elle a des selles séreuses très-fréquentes. M. Nélaton prescrit 1 centigramme d'extrait d'opium toutes les heures ou toutes les deux heures, selon l'effet produit, et des frictions mercurielles.

Le 20. Peu à peu la péritonite cède; la malade est mieux, mais elle est amaigrie, sans force, sans appétit. Le ventre est encore douloureux à la pression.

1er août. La malade ne digère pas; elle vomit tout ce qu'elle prend, quoique on lui donne de la glace et de l'eau de Seltz. Il s'est formé, à la suite de la péritonite, à droite et au-dessous de l'ombilic, une tumeur fluctuante; on la ponctionne, et il s'écoule par la canule du trois-quarts un liquide verdâtre, puis du pus bien lié, en tout plus d'un litre. On lave la poche et on fait une injection de teinture d'iode (solution de Guibourt) mélangée de moitié d'eau. Aucun accident ne survient.

Le 2. L'état général est meilleur; la malade n'a pas vomi.

Du 2 au 11. L'amélioration se maintient quelques jours; cependant les aliments

ne sont pas supportés par l'estomac, le bouillon même est rejeté. M. Adolphe Richard, chargé du service pendant les vacances, essaye de faire prendre de la pepsine à la malade, mais sans obtenir le moindre succès. Les forces déclinent, la maigreur est extrême.

Le 14. Le kyste s'est rempli peu à peu et il soulève de nouveau la paroi abdominale. M. Richard pense qu'une ponction est indispensable, et il prie les internes du service, MM. Péan et Raynaud, de la pratiquer; il recommande de faire sortir les hydatides, si c'est possible, et de laver la poche avec soin. La ponction, dans le même point que la précédente, est faite dans l'après-midi avec un trois-quarts assez gros, et il sort un pus épais très-fétide. Bientôt la canule est obstruée par une membrane hydatique que l'on amène au dehors en l'aspirant avec une seringue. Plusieurs sont ainsi retirées, mais avec beaucoup de peine. L'opération menaçant d'être longue, peut-être interminable, MM. Péan et Raynaud ont l'heureuse pensée de recourir à la pompe aspirante et foulante de M. Mathieu. Grâce à cet instrument, ils parviennent à extraire très-rapidement à peu près 2 litres de membranes hydatiques déchirées, ramollies, à peine humectées par un pus caséeux, d'une fétidité répoussante. Plusieurs injections sont faites pour laver la poche, dans laquelle on tâche de ne laisser ni pus ni débris d'hydatides; on termine par une injection chlorurée. La canule n'est pas retirée, afin que ces injections puissent être répétées.

Le 18. La malade n'est pas trop mal; le pouls semble s'être un peu relevé. Il ne s'est produit aucun accident local.

Le 21. Malheureusement le mieux est de courte durée. Malgré tous les soins dont on entoure la malade, pour laquelle M. Richard a fait dresser un lit dans l'amphithéâtre, loin de la salle, elle dépérit tous les jours davantage. On lui donne de l'excellente gelée de viande, du bouillon, et elle vomit toujours et ne digère rien. Enfin elle succombe le 23 août.

Autopsie. Le kyste est en rapport, à gauche, avec le côlon descendant; à droite, avec les anses intestinales; en avant, avec la paroi abdominale; en haut, avec l'estomac et la rate. Il ne dépend pas de ce dernier organe, et n'a contracté avec lui que des adhérences inflammatoires faciles à déchirer. Il est au contraire intimement uni au rein, et la dissection montre qu'il s'est développé dans la substance corticale de cet organe; la tunique fibreuse et le péritoine, distendus, l'enveloppent et se confondent avec lui.

Le rein paraît sain en avant, il est un peu pâle et légèrement atrophié en arrière; il ne concourt nullement à former les parois du kyste. L'épaisseur de ces parois est de 2 à 3 millimètres; elle est égale sur tous les points. La face interne du kyste est d'une couleur jaune verdâtre; elle offre l'aspect d'une membrane éreuse, et elle est tapissée par une couche épaisse de matières purulentes, ac-

cumulées surtout dans l'intervalle des plis nombreux qu'elle présente. Il ne reste plus d'hydatides.

Le kyste n'adhère à la paroi abdominale que par un trajet fistuleux, fibrineux, assez peu résistant, qui présente une déchirure à droite. Il est probable que cette déchirure a été produite pendant l'autopsie. La cavité péritonéale offre des traces d'une péritonite non récente. Dans le flanc droit, existe une poche circonscrite par les anses intestinales et les parois abdominales réunies par des adhérences : nous l'avons vue se former à la suite de la péritonite; elle a été ponctionnée, et il reste très-peu de pus dans sa cavité.

Les autres organes sont sains.

Nous empruntons le second cas à la thèse de M. Livois ; il a été observé dans le service de M. Rayer.

OBSERVATION XXXVII.

Une jeune fille de 20 ans, d'une bonne santé, éprouve tout à coup une douleur vive dans le côté gauche ; elle a de la fièvre, pas de vomissements. Le médecin trouve dans l'hypochondre une tumeur que la malade n'avait pas remarquée. (Cataplasmes, sangsues.) Amélioration, rétablissement incomplet.

Deux ans après, teinte terreuse de la peau, face grippée; douleur vive dans la région splénique; nausées, vomissements de matières verdâtres ; constipation. Les règles manquent depuis six mois ; rien dans les urines, pas d'hématurie ; toux sèche, respiration un peu fréquente, pouls petit, serré, 95 pulsations; bruit de diable aux carotides. Abdomen déformé par une énorme tumeur extrêmement douloureuse à la pression, globuleuse, saillante au-dessous des fausses côtes, assez mobile, non fluctuante, comme bilobée, séparée de la paroi abdominale par une anse intestinale.

Diagnostic incertain entre une tumeur du rein et une tumeur de la rate. — 30 sangsues; cataplasmes, gomme.

Cet état persiste pendant deux jours ; le troisième, on applique un vésicatoire, qui amène une amélioration sensible. Plus de nausées ni de vomissements, les douleurs sont calmées ; la malade est extrêmement affaiblie. Huit jours plus tard, le soir, elle est prise d'un violent frisson et d'un point de côté à gauche. Il se fait dans la plèvre un épanchement considérable. La mort survient au bout de six jours.

Autopsie. Tumeur comparable, pour la forme et le volume, à un gros œuf

d'autruche, occupant l'hypochondre et le flanc gauche. Entre la tumeur et le rein est une dépression qui la fait paraître bilobée. L'intestin grêle est en dedans, le côlon au devant de la tumeur, qui forme la paroi inférieure d'un vaste abcès, plein d'un liquide séro-purulent, situé entre l'estomac, la rate atrophiée, le diaphragme et la paroi antérieure de l'abdomen. Rien à noter dans l'intestin, le rein droit, la vessie, l'utérus, les ovaires, le poumon droit, le cœur, le cerveau ; la plèvre gauche renferme un liquide semblable à celui de l'abcès ; il n'y a pas de communication entre les deux collections.

La tumeur unie au rein pèse 1700 grammes ; elle est obscurément fluctuante, et ne présente pas le frémissement; elle s'est développée entre la capsule rénale qui la recouvre dans la plus grande partie de son étendue, et le tissu propre du rein qu'elle a atrophié au point de n'être séparée de l'intérieur des calices et du bassinet que par une lame très-mince de ce tissu. Les parois du kyste sont fibreuses et épaisses d'environ 2 ou 3 millimètres; elles sont traversées par de nombreux vaisseaux, dont quelques-uns sont volumineux. La face interne est tapissée par une couche épaisse d'une matière albumineuse, jaunâtre, pulpeuse, qui s'enfonce entre les anfractuosités que les hydatides laissent entre elles; on y trouve beaucoup de débris d'anciennes hydatides. Le kyste, entièrement rempli par les hydatides, ne renferme pas de liquide. Les vésicules sont au nombre de 143, du volume d'une noisette à celui du poing, globuleuses lorsqu'elles sont libres; aucune n'en renferme d'autres plus petites; leurs parois, d'un blanc grisâtre, assez transparentes, d'une consistance semblable à celle du blanc d'œuf, laissent voir appliqués à leur face interne, ou nageant dans le liquide contenu dans leur cavité, une grande quantité de corpuscules blanchâtres, arrondis, de la grosseur de grains de sable très-fin; ces corpuscules résultent tous de la réunion d'un certain nombre d'échinocoques. (Livois, thèse de 1843, obs. 6, p. 3.)

Enfin nous sommes assez heureux pour pouvoir donner l'observation d'une jeune fille traitée avec succès par M. Michon : nous la devons à MM. Dieuzaide et Martel, internes du service. Comme dans les cas précédents, il a été impossible de reconnaître si le kyste dépendait du rein ou de la rate.

OBSERVATION XXXVIII.

Berthe C....., âgée de 21 ans, frangeuse, est entrée, le 6 septembre 1860, à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Michon; elle occupe le lit n° 29 de la

salle Saint-Augustin. Elle a toujours joui d'une assez bonne santé; cependant elle a eu la fièvre intermittente, il y a six ans. Accouchée à terme, le 2 juillet 1858, d'un garçon qui n'a vécu que six semaines, elle s'est rétablie lentement, et s'est aperçue, dès cette époque, qu'elle avait une tumeur dans le côté gauche; cette tumeur était déjà grosse comme le poing; elle est restée dix-huit mois sans augmenter beaucoup de volume, mais depuis elle a grossi peu à peu, et aujourd'hui elle remplit tout le flanc gauche, remonte dans l'hypochondre, et soulève les cinq dernières côtes; elle descend jusqu'au voisinage de la crête iliaque, déforme l'abdomen et dépasse la ligne médiane de 4 centimètres; elle est ovalaire, et peut avoir 29 centimètres dans son diamètre transverse, et 17 dans son diamètre vertical; elle est rénitente et fluctuante. M. Michon, et plusieurs personnes après lui, ont cherché, à diverses reprises, à sentir le frémissement hydatique, et jamais on n'a pu l'obtenir. La malade éprouve de temps en temps de la douleur dans le côté, surtout en arrière; elle est gênée pour respirer, et ses digestions sont pénibles. A part cela, elle se porte assez bien.

La santé n'est pas assez altérée, les douleurs ne sont pas assez vives, pour qu'on puisse s'arrêter à l'idée d'une encéphaloïde. D'ailleurs la tumeur est lisse, également rénitente et fluctuante sur tous les points. Après plusieurs examens, M. Michon diagnostique par exclusion un kyste, puis un kyste hydatique; il est porté à penser qu'il s'est développé dans la rate; cependant il fait observer qu'il pourrait bien dépendre du rein.

15 septembre. D'après les conseils de plusieurs médecins, M. Michon enfonce dans la tumeur deux aiguilles à acupuncture et y fait passer un courant électrique, dans l'espérance de tuer les hydatides; les aiguilles se meuvent facilement dans une vaste poche.

Les 16 et 17. Le kyste semble tout d'abord diminuer de volume, mais bientôt une douleur vive se déclare dans tout l'abdomen; la malade a des nausées, des vomissements. — 20 sangsues, cataplasmes; calomel, 0 gr. 10, en dix paquets; frictions mercurielles.

Les symptômes s'amendent graduellement.

1er octobre. M. Michon applique une traînée de pâte de Vienne sur le point le plus saillant de la tumeur. Le lendemain, il incise l'eschare et procède à une nouvelle cautérisation; d'autres encore sont faites à plusieurs jours d'intervalle.

3 novembre. Le kyste est ponctionné avec un petit trois-quarts; il s'écoule 1200 grammes d'un liquide parfaitement limpide, non coagulable par la chaleur et les acides : le diagnostic est donc confirmé. A la suite de cette opération, il survient des douleurs peu intenses; le liquide se reproduit en peu de jours.

Le 15. Depuis quelques jours, la malade a de la fièvre et des frissons le soir; elle a vomi plusieurs fois; elle éprouve des douleurs vives dans la tumeur.

Le 19, M. Michon pratique une nouvelle ponction avec un trois-quarts plus gros, et obtient 800 grammes d'un liquide séro-purulent d'une odeur très-fétide; une sonde est laissée à demeure dans le kyste.

Le 19, au soir. La malade a vomi, elle a de la fièvre; le ventre est douloureux, surtout au niveau de la tumeur et en arrière. — Fomentations émollientes; extrait d'opium, 0 gr. 05.

Le 20. M. Michon fait une injection d'eau tiède, et puis une injection de teinture d'iode très-étendue d'eau; il prescrit une injection émolliente pour le soir.

Ces injections sont continuées matin et soir.

Pendant ces accidents, la malade maigrit considérablement.

Le 30. Il s'écoule beaucoup de pus; la sonde est remplacée par une autre plus volumineuse, dans laquelle une membrane hydatique ne tarde pas à s'engager; on retire cette membrane, et plusieurs autres la suivent.

Le 31. La sonde est retirée un instant; le trajet fistuleux est très-large; par une douce pression, on fait sortir un grand nombre de poches hydatiques.

Depuis quelques jours, la malade souffre en urinant, elle se plaint d'une douleur vive qu'elle éprouve en arrière, dans la région rénale. Elle a remarqué que ses urines sont rouges et forment un dépôt considérable; on les examine au microscope, et on reconnaît qu'elles renferment du sang et du pus.

7 décembre. Des membranes hydatiques sortent encore par la sonde, les urines ont toujours le même aspect; les douleurs sont aussi vives, la suppuration aussi abondante. — On continue à faire des injections iodées le matin, émollientes le soir.

Le 17. La malade ne souffre plus en urinant, elle se sent beaucoup mieux; ses urines sont devenues claires, mais elle conserve une douleur sourde au niveau du carré des lombes et des dernières côtes; la suppuration a diminué; le kyste s'est beaucoup rétracté; pour le remplir, il faut la moitié moins de liquide qu'au début.

Le 28 décembre. On ne trouve plus la tumeur par la palpation; la percussion donne de la sonorité; les douleurs persistent.

3 janvier 1861. La malade se plaint de souffrir dans le côté; le pus est fétide et sanguinolent. — M. Michon change la sonde et fait seulement une injection chlorurée très-étendue.

Les 4, 5, 6 et 7, injections simples; la malade va bien.

Les 13 et 16, injections chlorurées.

Le 19, la sonde est retirée, on cesse les injections.

Le 29, douleurs assez vives simulant une névralgie intercostale, réaction médiocre (introduction d'une sonde de petit calibre); issue d'une quantité notable de pus, soulagement immédiat.

La poche continue à se resserrer.

5 mars. L'extrémité de la sonde gêne la malade; M. Michon la retire, et place dans le trajet fistuleux une canule en ivoire de 2 centimètres de long, qui est très-bien supportée et par laquelle s'écoule une petite quantité de pus.

Berthe C..... sort le 19 mars 1861, presque entièrement guérie. Elle est fraîche et forte; elle a repris tout l'embonpoint qu'elle avait perdu.

Depuis elle est revenue deux fois à l'hôpital. Elle n'a éprouvé aucun accident. Il ne reste qu'une petite plaie dans laquelle le stylet ne pénètre pas et qui suppure à peine; on sent au-dessous un petit noyau induré, indolent. La malade n'a plus de douleurs, elle ne porte plus la canule.

M. Goyrand a rapporté, dans la *Gazette médicale* de 1855 (t. X, p. 5), un fait comparable aux précédents; il diagnostiqua un kyste hydatique de la rate, et l'autopsie lui donna raison.

M. Ripault (1) a communiqué à la Société anatomique, en 1834, un cas dans lequel un kyste hydatique du rein fut pris pour un kyste de l'ovaire. On comprend, en effet, que lorsque le kyste s'est développé à la partie inférieure de l'organe, il puisse descendre vers la fosse iliaque et l'hypogastre. Cependant ses limites supérieures seront presque toujours plus élevées que celles d'un kyste ovarique; la tumeur se sera portée peu à peu de haut en bas; elle pourra donner le frémissement hydatique, etc.

Si le kyste s'était formé dans un rein mobile ou déplacé, il serait impossible de reconnaître son siége, à moins que le déplacement, la mobilité, n'aient été constatés antérieurement.

§ II. — Lorsque des hydatides sont rendues par l'urèthre, la nature de la tumeur ne saurait être douteuse; mais, s'il n'existe pas de

---

(1) *Bull. de la Soc. anat.*, 1834, p. 74, et Davaine, ouvrage cité, p. 527.

tumeur, et on n'en a pas trouvé dans trente-six cas, est-il permis d'affirmer que les vésicules viennent du reïn? La poche qui les renfermait pourrait être située au voisinage de la vessie et communiquer avec ce réservoir et non avec le bassinet. Voyons donc s'il existe des observations nombreuses de kystes hydatiques du bassin, ouverts dans la vessie. M. Davaine (1) n'a pu en citer que trois; une seule fois, les hydatides ont passé dans la vessie (2); dans les deux autres cas, il y avait une simple perforation, qui fut trouvée seulement à l'autopsie, dans celui de Lesauvage (3). Chez un malade de M. Rayer (4), le kyste se vida dans l'intestin, et des gaz passèrent par l'urèthre. Jamais les acéphalocystes du bassin n'ont été évacuées avec les urines.

On sera donc bien rarement exposé à prendre pour un kyste du rein un kyste placé au voisinage de la vessie. La palpation, le toucher rectal et le toucher vaginal, aideraient au diagnostic, dans les cas où l'absence des coliques néphrétiques donnerait des doutes.

Nous ne chercherons pas à distinguer les kystes hydatiques du rein de ceux qui, simplement accolés à cet organe, auraient perforé le bassinet. Nous nous bornerons à rappeler que les kystes du tissu cellulaire sont assez rares et que jamais, à l'autopsie, on n'a trouvé en communication avec le bassinet un kyste qui n'eût pas pris naissance dans le tissu rénal.

On pourrait attribuer à la présence d'un calcul dans les voies urinaires les coliques néphrétiques qui accompagnent l'expulsion des vésicules. L'erreur est surtout facile lorsque les urines sont graveleuses. Dans les cas de kystes hydatiques, lorsque le malade a eu d'autres attaques, il s'est promptement remis; il raconte

---

(1) Ouvrage cité, p. 524.

(2) Tyson, *Trans. philos.*, an 1675, n° 188.

(3) *Bulletin de la Faculté de Médecine*, 1812.

(4) Ouvrage cité, p. 552.

qu'il a rendu des vessies gélatineuses, etc. On peut trouver une tumeur qui serait accompagnée de graves accidents, si elle était le résultat du séjour d'un calcul dans le bassinet. Quand les hydatides sont dans la vessie, on ne parvient pas à les sentir avec la sonde, du moins on ne les a pas reconnues dans les cas où le cathétérisme a été pratiqué. L'examen des urines peut apporter quelque lumière au diagnostic. Enfin il suffira d'attendre l'évacuation des hydatides pour être édifié.

CHAPITRE VIII.

Durée.

Les kystes hydatiques s'accroissent plus ou moins rapidement selon que les hydatides se multiplient plus ou moins. Les uns ont acquis un volume énorme dans un espace de temps assez court. Le kyste de la malade de l'observation 36 n'avait mis que six mois pour passer du volume du poing à celui d'une tête d'adulte. Les autres se développent lentement, ou même restent stationnaires, ne diminuent ni n'augmentent.

Quant à la durée de la maladie, elle est longue surtout dans les cas où le kyste se vide dans le bassinet : tant qu'il reste une vésicule fertile dans la poche, elle reproduit la tumeur. Les malades ont quelquefois guéri assez promptement ; ils n'ont eu qu'une attaque, et les symptômes morbides n'ont duré que peu de jours. D'autres ont rendu des hydatides pendant vingt et trente ans (voyez l'obs. 22, la 1re observation de Chopart). Lorsque la poche ne s'ouvre pas, si elle continue à s'accroître, sa durée est moins longue et aussi la terminaison moins favorable.

CHAPITRE IX.

Pronostic.

Les kystes hydatiques des reins offrent moins de gravité que ceux des autres organes. Le plus grand danger de ces tumeurs vient des accidents que provoquent leur rupture. Or nous avons vu que les hydatides des reins sont ordinairement évacuées par les voies urinaires, sans qu'il en résulte rien de bien fâcheux. Cette terminaison s'est produite 48 fois sur 64 cas; on a pratiqué l'autopsie de 9 de ces 48 malades; mais ils n'avaient pas succombé à des complications dépendant de leur kyste. Une fois le rein présentait de petits abcès, et on a pu penser, dans ce cas seulement, que les hydatides étaient la cause de la mort : encore ce cas manque-t-il de détails. Le malade avait rendu des vésicules, on n'en trouva pas dans le rein.

Lorsque le kyste s'ouvre ailleurs que dans le bassinet, il compromet plus souvent la vie des malades. Deux fois les hydatides ont pénétré dans les bronches et deux fois le malade est mort. Si les quatre cas dans lesquels nous les avons vues passer dans l'intestin sont bien des cas de kystes hydatiques des reins, cette terminaison serait moins grave que la précédente, puisqu'un seul malade a succombé.

Quand le kyste acquiert des proportions considérables et qu'il ne s'est pas encore ouvert, on peut craindre que la rupture ne se fasse pas dans les voies urinaires. La tumeur, étant plus volumineuse, est aussi plus exposée aux traumatismes; une inflammation des parties voisines peut se communiquer à elle et réciproquement; quelquefois elle gêne la respiration et la digestion : enfin elle nécessite un traitement qui n'est pas sans danger.

Dans tous les cas (1) que nous possédons de kystes hydatiques des

(1) Si le cas de M. Michon (obs. 38) et celui de M. Cock (voy. plus loin) étaient des cas d'hydatides des reins, ce que nous disons ici ne serait pas exact.

reins non ouverts, l'autopsie a été pratiquée. Il est vrai de dire que la tumeur n'avait pas toujours causé la mort : on ne peut la lui attribuer que dans les observations 36 et 37 ; quelquefois aussi la guérison a pu se faire sans que la présence du kyste ait été soupçonnée.

CHAPITRE X.

Traitement.

§ I. — On a proposé contre les hydatides des reins tous les moyens qu'on a employés pour les combattre dans le foie et les autres organes, et le nombre en est grand. « On a essayé, dit M. Barrier dans sa thèse, les fondants de toute espèce, le savon, la ciguë, le calomel, l'opium associé à ces diverses substances, les purgatifs salins, les toniques amers et aromatiques, l'huile essentielle de térébenthine, l'huile empireumatique de Chabert, le chlorure de sodium, les préparations mercurielles, les préparations d'iode, les vésicatoires et autres topiques irritants ou fondants. » En France, on a surtout fait prendre aux malades de la térébenthine et du chlorure de sodium que Laënnec a beaucoup préconisé ; en Angleterre, on prescrit de préférence l'iodure de potassium qui passe pour insecticide et qui doit peut-être sa réputation à ses propriétés résolutives : Hunter avait confiance dans les mercuriaux et la térébenthine. Enfin souvent les malades ont été envoyés aux eaux salines, aux bains de mer.

On a attribué à tous ces médicaments de nombreuses guérisons ; mais nous ne connaissons pas d'exemple qui prouve leur efficacité. Cependant il doit exister des substances qui tuent l'échinocoque, comme le grenadier tue le ver solitaire. Le plus difficile n'est pas de les découvrir, mais bien de les faire pénétrer jusqu'aux hydatides avec lesquelles il faut absolument qu'elles se mettent en contact.

Ces entozoaires sont peut-être plus accessibles dans les reins qui éliminent un grand nombre de médicaments. Il sera bon de faire usage de tous ceux qu'on a conseillés et même d'en essayer d'autres, pourvu qu'ils ne puissent altérer la santé des malades. On a proposé de faire passer un courant électrique dans la tumeur, à l'aide de deux longues aiguilles plongées dans sa cavité. M. Michon a eu recours à ce moyen sans succès (voir l'obs. 38).

Si nous ne savons pas encore tuer les hydatides, nous pouvons au moins adoucir les douleurs qui accompagnent leur évacuation. On prescrira dans ce but de l'opium, de la morphine à dose élevée. Des sangsues, des ventouses scarifiées appliquées dans la région lombaire ou sur le trajet de l'uretère, amènent quelquefois un grand soulagement. On pourra donner un bain tiède ou un bain alcalin, comme M. Civiale en conseille quelquefois dans la colique néphrétique. Si les douleurs étaient extrêmes, si le malade était menacé de syncope ou de convulsions, on aurait recours aux antispasmodiques. Les boissons émollientes prises abondamment, les diurétiques en augmentant la sécrétion urinaire, facilitent la descente des hydatides dans la vessie ; mais il faut pour cela que le rein malade n'ait pas été entièrement détruit. L'urine accumulée en grande quantité dans la vessie favorisera aussi l'expulsion des vésicules par l'urèthre. C'est ainsi que la térébenthine a été utile dans beaucoup de cas. Bérard, qui a rapporté une observation d'hydatides du rein dans la *Gazette des hôpitaux* du 11 août 1832, dit que toutes les fois que son malade prenait du vin blanc, des boissons nitrées, en un mot des diurétiques, il amenait avec les urines une quantité beaucoup plus grande d'acéphalocystes. On lui fit prendre à deux reprises différentes de la tisane de chiendent avec 20 grains de nitrate de potasse par pot, et l'effet désiré ne tarda pas à se produire. La promenade, des frictions, des ventouses sèches appliquées au périnée, hâtent la marche des hydatides le long de l'uretère. Le malade de Parmentier (1) se trouva fort bien de prendre des douches. L'équitation et

(1) *Nouv. biblioth. méd.*, t. IV, p. 412.

les courses en voiture sont également efficaces, mais elles causent souvent de vives douleurs. On a quelquefois provoqué des vomissements dans l'espérance que les efforts qui les accompagnent feraient descendre des calculs engagés dans l'uretère : on pourrait donner de l'ipéca au malade, si on ne craignait pas de le fatiguer pour bien peu de chances de succès.

Dans certains cas où les hydatides franchissent difficilement l'orifice inférieur de l'uretère, le cathétérisme pourrait aider à leur dégagement; il est surtout utile lorsqu'elles sont arrivées dans la vessie. Nous avons vu, dans l'observation 23, la sonde amener chaque fois une membrane au dehors. Si l'hydatide s'arrête dans l'urèthre, on essayera de la faire arriver jusqu'au méat en la poussant par le périnée ou par le vagin, et, si on ne réussit pas, on introduira une sonde avec laquelle on la déchirera; on se servira, au besoin, d'un mandrin effilé à sa pointe et caché dans la sonde jusqu'à son arrivée au contact de la vésicule qu'il percerait. Lorsqu'il y aura de l'ischurie, on fera pénétrer jusque dans la vessie une bougie enduite d'extrait de belladone ou de jusquiame. Lorsque l'urèthre est rétréci, il faut s'empresser de procéder à sa dilatation.

§ II. — Si le malade rend des hydatides avec les urines, il n'y a pas d'autre traitement à faire. Mais si le kyste acquiert un volume considérable sans s'ouvrir dans le bassinet, il pourra gêner la respiration et la digestion, causer des tiraillements; on pourra redouter que les hydatides ne passent dans la plèvre, les bronches, l'intestin et même le péritoine. Lorsqu'on aura perdu tout espoir de les voir expulser par les voies urinaires, il faudra songer à intervenir et vider la poche par une ponction que l'on pratiquera par l'un des procédés suivants, après s'être assuré qu'aucune anse intestinale ne la sépare de la paroi abdominale.

L'important est d'éviter l'épanchement du liquide hydatique dans le péritoine. Dans ce but, Récamier, qui le premier a osé toucher aux kystes hydatiques, plaçait, sur le point le plus saillant de la tumeur,

une série de fragments de potasse caustique et pénétrait dans sa cavité, après qu'une inflammation adhésive avait réuni les deux feuillets du péritoine. Pour faire la seconde application du caustique, il n'est pas nécessaire d'attendre la chute de l'eschare produite par la première cautérisation; il suffit de l'inciser. Les adhérences sont déjà établies, lorsqu'on approche du péritoine : on peut alors pratiquer une ponction avec un trois-quarts.

M. Bégin préférait inciser avec le bistouri jusqu'au péritoine dont il divisait le feuillet pariétal sur la sonde cannelée; il s'arrêtait alors et pansait à plat. Au bout de deux ou trois jours il obtenait des adhérences et pouvait faire la ponction sans danger.

M. Jobert enfonce dans la poche, à travers la paroi abdominale, un trois-quarts de moyenne grosseur, et il laisse la canule en place pendant vingt-quatre heures. Si la première ponction ne suffit pas, si la plaie se cicatrise, il recommence.

M. Récamier a obtenu la guérison d'un kyste hydatique du foie par une simple ponction exploratrice. Se fondant sur ce fait et plusieurs autres semblables, quelques médecins (1) ont espéré tuer les hydatides et obtenir la rétraction de la poche, sans en déterminer l'inflammation, par une série de ponctions capillaires; ces ponctions ont quelquefois produit des accidents : pour les éviter on doit, d'après M. Boinet, s'entourer des précautions suivantes : « Le malade étant couché sur le dos, il faut ponctionner la tumeur dans le point le plus saillant, où la fluctuation est très-évidente, et laisser s'écouler le liquide sans pression aucune. Lorsqu'on retire la canule du kyste et de la paroi abdominale, il faut appliquer les doigts de la main gauche sur le point où le trois-quarts a été enfoncé, afin de refouler la paroi abdominale vers la tumeur, et la tenir tellement rapprochée de celle-ci, qu'il n'existe aucun intervalle entre elles. On continue la pression pendant une minute ou

---

(1) Moissenet, *De la Ponction avec le trois-quarts capillaire, appliquée au traitement des kystes hydatiques du foie* (*Arch. gén. de méd.*, février 1859, p. 141).

deux après avoir extrait la canule; puis on établit une légère compression à l'aide de compresses graduées et d'un bandage de corps. Il faut encore recommander au malade de rester couché sur le dos pendant trente-six ou quarante-huit heures» (1). Si ces ponctions ne suffisent pas pour amener la guérison, elles présenteront toujours l'immense avantage de diminuer la capacité de la poche, de sorte que, s'il devient nécessaire de faire des injections, la surface en contact avec le liquide irritant sera moins étendue.

On fait des injections pour tuer les hydatides et hâter l'oblitération du kyste, pour laver la poche et combattre les propriétés septiques du pus. Récamier injectait de l'eau d'orge miellée, quelquefois de l'eau salée ou chlorurée. M. Boinet a proposé et a pratiqué des injections d'iode.

M. Jobert (2), M. Leudet (3) et M. Richard (4), ont injecté avec succès de l'alcool étendu d'eau. M. Leudet (5) a eu l'idée de déchirer les parois du kyste, dans les hydatides du foie, afin de faire pénétrer la bile dans sa cavité. Ce procédé serait impraticable dans le rein; mais on pourrait, à l'exemple de MM. Dolbeau (6) et Voisin (7), faire des injections de bile de bœuf, s'il est vrai que la bile est un poison pour les hydatides.

Pour nous, si nous avions à traiter un kyste hydatique des reins,

---

(1) *Traitement des tumeurs hydatiques du foie par les ponctions capillaires et par les ponctions suivies d'injections iodées* (*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1859).

(2) *Gazette des hôpitaux*, août 1833, p. 383, cité par M. Davaine.

(3) *Arch. gén. de méd.*, janvier et février 1860, mémoire cité.

(4) *Bull. gén. de thérap.*, 1855, p. 414.

(5) *Bull. de la Soc. anat.*, 1853, p. 56.

(6) *Étude sur les grands kystes de la surface convexe du foie*, thèse, 1856.

(7) Voisin, *Kyste uniloculaire de la surface convexe du foie; traitement par les injections de bile* (*Bull. de la Soc. anat.*, 1857, p. 132).

lorsque l'opération nous paraîtrait inévitable, nous aurions recours d'abord à des ponctions capillaires, et, si par ce moyen nous n'obtenions pas la guérison, nous ferions des injections iodées après avoir provoqué des adhérences par le procédé de Récamier. C'est ainsi que M. Michon a guéri sa malade (obs. 38), c'est ainsi qu'ont procédé MM. Babington et Cock (1) dans un cas qui nous paraît être un kyste du rein. La tumeur était énorme, elle se confondait en haut avec le foie, et descendait jusqu'à la fosse iliaque, présentant l'aspect d'un utérus gravide. Après des ponctions répétées, la poche fut lavée à l'eau chaude, puis on injecta une solution d'iodure de potassium et d'iodure de fer. L'ouverture fut élargie, une sonde laissée à demeure; enfin le malade guérit. La tumeur, en diminuant de volume, se sépara du foie. L'observation 36 paraît moins favorable à la méthode Récamier, et semble justifier le plus grave reproche qu'on lui a fait, de ne pas produire des adhérences sufffisantes; mais aucune méthode, croyons-nous, n'aurait donné des adhérences assez solides pour résister aux mouvements incessants de la malade, et si, par exemple, on s'était contenté de faire une ponction et de laisser la canule dans la plaie, les dangers auraient été bien plus grands encore.

Le rein étant situé en dehors du péritoine, on pourrait penser qu'il vaudrait mieux quelquefois pratiquer la ponction en arrière. Dans les cas où le kyste occuperait la face postérieure de l'organe, ce procédé offrirait d'incontestables avantages; alors même qu'il serait placé en avant et entouré en partie par la séreuse, on pourrait espérer d'arriver à lui sans intéresser celle-ci, et peut-être n'y aurait-il pas grand inconvénient à traverser le rein atrophié. Mais nous avons vu que le diagnostic du siége était bien difficile; nous ignorons toujours l'état du rein et les rapports du péritoine avec la tumeur : il sera donc toujours préférable d'opérer en avant.

---

(1) *Medical times and gazette*, 1855, p. 57.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Des lois de l'équilibre des liquides dans les espaces capillaires ; application à la circulation.

Chimie. — Des caractères distinctifs de l'oxyde de calcium.

Pharmacie. — Des préparations dont l'aconit fait la base.

Histoire naturelle. — Comparer entre eux les deux grands embranchements des végétaux embryonés, désignés sous les noms de monocotylédonés et de dicotylédonés.

Anatomie. — Des organes qui reçoivent des filets du nerf facial.

Physiologie. — Des principales théories de l'asphyxie.

Pathologie externe. — Des fractures du corps et de l'extrémité inférieure du fémur.

Pathologie générale. — Des crises dans les maladies.

Anatomie pathologique. — Des divers modes de rétrécissement du pharynx et de l'œsophage.

Accouchements. — Des différents modes d'allaitement.

Thérapeutique. — Valeur comparative des principaux tænifuges.

Médecine opératoire. — De la ligature des vaisseaux.

Médecine légale. — Des caractères cadavériques de la mort par submersion.

Hygiène. — De la lumière atmosphérique dans ses rapports avec la santé.

Vu, bon à imprimer.

NÉLATON, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

ARTAUD.